FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N° —

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 10 mai 1909, à 1 heure

Par **René BERTRAND**

de la Faculté de Médecine de Paris.

DE

L'Epilepsie procursive

ET

Fugues épileptiques

Président : M. RAYMOND, *professeur.*

Juges : MM. Alb. ROBIN et Gilbert BALLET, *professeurs.*
CARNOT, *agrégé.*

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON,

10, rue de Vaugirard, 10 *(près l'Odéon)*

(Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et Thérapeutique générales	BOUCHARD
Pathologie médicale	BRISSAUD DEJERINE
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE
Anatomie pathologique	Pierre MARIE
Histologie	PRENANT
Opérations et appareils	HARTMANN
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE
Médecine légale	THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie	CHAUFFARD
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER
Clinique médicale	HAYEM DIEULAFOY DEBOVE LANDOUZY
Maladies des enfants	HUTINEL
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	Gilbert BALLET
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET QUENU RECLUS SEGOND
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN
Clinique d'accouchements	PINARD BAR RIBEMONT - DES SAIGNES
Clinique gynécologique	POZZI
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON
Clinique thérapeutique	A. ROBIN

Agrégés en exercice

MM.

AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON Fern.	DUVAL Pierre	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA André	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET André	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ Marcel	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions emises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON GRAND-PÈRE

A MES GRANDS-PARENTS

A MES PARENTS

Hommage d'affection
et de reconnaissance.

A MON FRÈRE

A MES AMIS

A MES MAITRES

DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A Monsieur le Docteur TOUCHARD

Chef de Clinique des maladies nerveuses

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES NERVEUSES
A LA FACULTÉ DE MÉDECINE

MÉDECIN DE LA SALPÉTRIÈRE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Nous avons intitulé notre thèse : « *De l'Epilepsie procursive et Fugues épileptiques* » parce qu'on s'est attaché surtout à décrire les caractères propres à chacun de ces syndrômes et qu'on n'a pas encore cherché, dans une étude d'ensemble, à montrer la graduation qui pouvait exister entre la course de quelques secondes et la fugue de plusieurs jours.

Nous citerons, dans ce travail, un grand nombre d'observations dont certaines sont classiques, mais plusieurs personnelles ou inédites, car nous voulons surtout mettre en relief la diversité des caractères psychiques de l'accès procursif.

Nous montrerons qu'à côté de la crise convulsive nette, bien caractérisée, connue depuis tant d'années avec ses nombreux équivalents physiques, il existe aussi une épilepsie psychique avec de multiples modalités, allant depuis l'inconscience ou l'amnésie jusqu'à la notion presque parfaite des actes accomplis.

Afin de faire une étude plus homogène et plus complète, nous diviserons notre travail en trois parties:

Dans la première, nous ferons l'historique de la question et définirons la procursion comitiale;

Dans la seconde, nous rapporterons nos observations et nous décrirons les différentes formes de cette variété d'épilepsie;

Enfin, dans la troisième, nous verrons sur quelles bases on peut établir le diagnostic et si, dans la hiérarchie consciente des névroses, l'épilepsie n'occupe pas les plus bas échelons pour aller de l'inconscience la plus obscure, à la subconscience de l'hystérie et à la conscience presque complète des autres psycho-névroses.

Cette étude comparative nous permettra de conclure, au point de vue psychique, à l'existence d'une névrose unique se traduisant par tous les états de la conscience depuis son absence totale jusqu'à son intégrité absolue.

Mais avant d'entreprendre ce travail, nous sommes heureux d'exprimer nos sentiments de gratitude à M. le Docteur TOUCHARD, Chef de clinique à la Faculté, qui nous suggéra l'idée de notre thèse et montra toujours tant d'empressement à nous donner d'utiles renseignements.

M. le Docteur J. VOISIN nous accueillit dans son service avec la plus parfaite bienveillance et se mit à notre disposition pour nous fournir des observations.

M. le Professeur RAYMOND nous fit profiter de son haut enseignement pendant nos deux années de pré-

sence à la « Clinique Charcot » ; il nous fait aujourd'hui le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

A tous, nous adressons nos remerciements et l'hommage de notre vive reconnaissance.

PREMIÈRE PARTIE

CHAPITRE I

HISTORIQUE

philosophique (1) : *In qua multa artis medicæ capita accuratissime declarantur.* Cette description de l'accès procursif est typique; l'impulsion irrésistible à courir et l'amnésie consécutive y sont nettement mentionnés. Du reste, l'auteur affirmait être en présence d'épilepsie et non de « Chorea circumambulatoria », affection avec laquelle on confondait souvent cette forme de mal comitial.

Quelques autres observations curieuses et non moins concluantes se rencontrent çà et là dans les écrits des médecins du 17e siècle.

En 1649, Bootius, dans ses « *Observationes medicæ de affectibus omissis* », au chapitre sixième traitant : « *De Epilepsia Procursiva* », fait précéder de quelques réflexions judicieuses, l'exposé de son observation : « Plusieurs médecins, dit-il, ont déjà noté que les épileptiques ne tombaient pas toujours dans les accès, quelques-uns restaient debout, que d'autres s'asseyaient, ou bien encore exécutaient soit des mouvements de manège, soit des mouvement irréguliers. Il nous paraît intéressant de rapprocher de ces cas ce que nous avons observé chez un enfant de douze ans ».

Ici se place l'observation suivante :

(1) Comitis montani vicentini novi medicorum censoris quinque librorum de morbis nuper editorum viva anatome : in quâ multa artis medicæ capita accuratissime declarantur, a Thomas Erasto, philosopho et medico. Basilleæ MDXXCI, pars II, p. 195.

Observation I

« Chaque fois que cet enfant était pris d'un accès, *il courait droit devant lui* et il ne s'arrêtait que s'il rencontrait un obstacle pouvant l'empêcher de poursuivre sa course et sur lequel il se précipitait avec impétuosité. Ni l'eau, ni le feu, ni les précipices ne pouvaient le faire dévier de sa route, on ne l'en préservait qu'en le retenant, car durant ces accès, il ne voyait, ni ne comprenait. Il est fort probable que si ces accès se fussent produits en plaine, où une plus grande étendue de terrain lui eût permis de courir assez longtemps, il n'aurait pu tomber à terre de toute la durée de l'accès. Mais ce point n'a pu être élucidé par nous, car le malade toujours retenu dans une enceinte, ne pouvait être pris d'accès qu'à la maison ou dans les cours ».

C'est encore de l'épilepsie procursive non douteuse. Mais l'observation publiée à Amsterdam en 1672 est moins caractéristique. Il s'agissait « d'un malade qui courait jour et nuit si rapidement et avec des mouvements du corps si ininterrompus que la sueur lui coulait partout; le besoin de sommeil seul l'arrêtait. »

Nous n'avons pas pu nous en procurer le texte original, mais, d'après les affirmations de MM. Bourneville et Bricon, nous serions là en présence non d'épilepsie procursive ou de chorée, mais de paralysie agitante.

Dix-neuf ans plus tard, dans sa « *Pratique de Médecine spéciale sur les maladies propres des Hommes, des Femmes et des petits enfants* », Etmüller divise l'épilepsie en trois degrés dont l'un comprend les cas dans lesquels « le corps est tourmenté par diverses

secousses sans la perte du sentiment et de la raison, ou avec quelque dépravation des facultés » ; puis l'auteur rapporte qu'on rencontre quelques exemples de cette variété d'épilepsie dans la *Pathologie du Cerveau* de Willis, dans la *Pratique* de Rivière, dans les *Epitres* de Timens, dans les *Histoires* de Salmuth, et comprend dans ce genre, le cas observé par Bootius dans son *Traité des affections omises* et le cas d'un homme des environs de Leipzig « qui ne faisait que pirouetter durant le paroxysme ».

Paullini, en 1696, publie le cas d'un enfant de cinq ans « qui ne tombait pas au moment de l'accès, *mais courait* « *per lutum et aquam* » et, dans le même mémoire, il publiait le fait suivant observé neuf ans auparavant :

Observation II

Un enfant norwégien (on ne dit pas son âge), courait devant lui environ trente pas, et s'il tombait, ce qui lui arrivait souvent, il se relevait et continuait à courir ; puis il s'appuyait contre un mur ; ou bien si l'accès le prenait dans la rue, dans la campagne, il s'arrêtait tout à coup, immobile comme une statue. Au bout d'une heure, il tombait à terre s'il n'était pas soutenu, poussait de profonds soupirs, versait des larmes et s'endormait. Pendant son sommeil, il transpirait beaucoup. A son réveil, il se levait de fort bonne humeur, comme si rien ne s'était passé.

D'après Itard, Nicolas Becker aurait relaté dans les « *Ephémérides des Curieux de la Nature* » l'observation d'une jeune fille qui, « à la suite d'une grande

peur causée par un orage, était forcée, durant ses accès, bien que maîtresse de ses sens, de courir le long des murs de sa chambre ».

Nous arrivons au dix-huitième siècle et les observations de procursion comitiale deviennent de plus en plus fréquentes. Un allemand, Welsch, dans sa thèse parue à Iéna en 1719, divise l'épilepsie en plusieurs variétés et rattache à « l'épilepsie associée à des mouvements extraordinaires », l'*épilepsia cursioria* « dans laquelle les malades courent, d'ordinaire, jusqu'à ce qu'ils tombent à terre ». Il nous énumère toutes les observations publiées jusqu'à lui et nous cite un autre cas rapporté à Bootius par un auteur inconnu: « Il s'agissait d'un ouvrier forgeron qui, pris d'un accès, se mit à courir comme un fou, se précipita hors de l'atelier et mourut (?) ».

Un peu plus tard, Pierre Brescon, dans son « *Traité de l'Epilepsie* », paru à Bordeaux en 1742, ne fait qu'une simple allusion au sujet qui nous occupe. « Il y a cependant, dit-il, des auteurs dont l'un en a vus qui ne tombaient pas, un autre, qui restaient debout, d'autres enfin qui couraient ».

Le cas publié par Sazar en 1763 nous semble être aussi de l'épilepsie procursive, car nous citerons dans le cours de ce travail des faits analogues à celui qu'il *rapporte: « Vidi, dit-il, virum Vidobenæ ultrà 50 annos natum qui invitus cucurrit, nec capax directionem mutandi, vel deviandi obstacula, qui simul ptyalismo laboravit* ».

En 1797, Caillan nous rapporte une observation assez longue où il parle de course suivie de chute.

Observation III

« Un citoyen âgé de 65 ans, ne marchait pas, il courait, ayant l'air d'un homme qu'on poursuit et qu'on force à courir. Sa démarche était égale, quoique précipitée, élevant ses jambes alternativement d'une manière assez uniforme. Ce mouvement singulier, qu'il est impossible de bien caractériser, se prolongea durant tout l'intervalle qui existe entre 3 ou 4 arbres de la plantation de Tourny. Ce citoyen arrêta enfin sa course, mais dans ce moment il tomba au pied d'un arbre; il n'en résulta d'autre blessure qu'une légère excoriation à la joue droite. Deux spectateurs l'aidèrent sur-le-champ à se relever et à se traîner vers un des sièges de cette promenade. Je m'approchai de lui, et lorsqu'il eut repris ses sens, je lui fis plusieurs questions auxquelles il me répondit avec beaucoup de netteté et de jugement. Il m'apprit qu'il n'avait éprouvé la première invasion de cette maladie, sur un grand chemin, que quelque temps après avoir été guéri de douleurs rhumatismales, qu'il en avait déjà ressenti des accès, que dans le moment de l'invasion, il éprouvait une violente démangeaison de prendre sa course, qu'il ne pouvait jamais retenir cette ardeur, et qu'une chute terminait toujours cet accès. Il demeura un quart d'heure assis, un citoyen l'aida ensuite à se conduire chez lui, je le suivis jusqu'au bout de la rue Sainte-Catherine; il s'arrêtait de temps en temps pour s'appuyer contre la muraille; le désir de précipiter ses pas, ne l'aiguillonna point une seconde fois, car il pouvait à peine se traîner vers sa demeure ».

Il s'agit encore ici d'épilepsie à forme procursive, mais l'auteur ne nous dit pas si la chute était ou non suivie de convulsions, ce qui nous aurait indiqué si nous étions en présence d'un accès procursif ou si nous n'avions qu'une aura procursive.

Au commencement du XIX^{e} siècle, Hufeland et Lau, ont rapporté des cas qui se rapprochent de l'épilepsie procursive, mais dont la nature toutefois reste douteuse, les malades ayant présenté des phénomènes choréiques. On trouve dans les « *Archives générales de Médecine* (1) » de 1825, un travail intéressant d'Itard qui renferme un grand nombre d'observations. Une surtout mérite notre attention, nous y reviendrons du reste à la fin de ce travail, car il s'agit de course sans perte de connaissance avec sensation de fatigue consécutive, sueur et secrétion abondante d'urine.

Observation IV

« Un homme de 50 ans était en voyage et venait de quitter sa chaise de poste pour faire quelques minutes d'exercice à pied, quand tout à coup, il sentit que le mouvement de ses jambes s'accélérait malgré sa volonté et que ce mouvement rapide qui l'entraînait droit devant lui, l'écartait de la direction du chemin qui faisait un détour à cet endroit et se trouvait d'un côté bordé de précipices. La terreur que lui causait un mouvement aussi ex-

(1) *Mémoires sur quelques fonctions involontaires des appareils de la locomotion, de la préhension et de la voix.* (Arch. gén. de Médecine 1825, tome VIII.

traordinaire et le danger visible qui ajoutaient les localités, le frappaient vivement; il voyait bien, ainsi qu'il le racontait lui-même fort plaisamment, qu'il courait à sa perte; mais poussé par une force supérieure à sa volonté, il ne pouvait s'arrêter, ni se détourner, ni se jeter par terre ainsi qu'il en eut successivement l'idée. Heureusement qu'après avoir franchi diagonalement la partie tournante du chemin, à quelques pouces du précipice, il se trouvait, en suivant toujours la même direction, courir parallèlement à la route, ce qu'il aurait pu faire sans danger pendant plusieurs minutes. Mais presqu'aussitôt l'accès, après avoir duré à peu près dix minutes en tout, se termina sans autre circonstance notable qu'un grand sentiment de faiblesse, une sueur générale et une secrétion abondante d'urine. Quelques heures plus tard, il n'éprouvait plus le moindre ressentiment.

Deux nouveaux accès, peu de temps après, à un intervalle de quelques semaines, lui survinrent dans les promenades publiques; il resta malgré l'usage des sangsues, des bains de gélatine, de ventouses sèches le long de l'épine dorsale, de la valériane en poudre, dans le même état, conservant toutes ses forces et ses facultés mentales ».

A la même époque, à propos des « *Maladies de la protubérance* », Serres nous a parlé de deux hommes qui, au moment de l'attaque, « poussaient des cris, *couraient devant eux* comme pour éviter un grand danger et tombaient au bout de 100 pas environ ».

Quelques années plus tard, en 1834, Semmola décrivait à Naples dans un mémoire intitulé « *Sopra due malattie non ancora descritta* », des accès procursifs chez un jeune homme de 26 ans « qui se mettait à cou-

rir en ligne droite, devant lui, avec une rapidité étonnante, ne se détournant ni à droite, ni à gauche et ne se laissant arrêter par aucun obstacle ».

Vers 1847, Bérard et Romberg signalent également des cas de procursion comitiale; ils peuvent faire des autopsies et nous montrent l'intérêt que ces malades présentent au point de vue anatomo-pathologique.

Enfin, à une époque plus rapprochée de nous (1873) se place l'observation de Trousseau, publiée dans la « *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu* », où l'accès procursif se trouve dépeint de la façon la plus nette. Voici cette observation :

Observation V

« Il s'agit d'un architecte de Paris, qui, épileptique depuis longtemps, ne craint pas de monter sur les échafaudages les plus élevés des maisons en construction. Il n'ignore point cependant que ses accès se sont déclarés souvent alors qu'il marchait ainsi sur des planches étroites, situées à une assez grande hauteur. Jamais il ne lui est arrivé d'accident. Au moment de la crise, on le voit courir précipitamment sur les échafaudages, prononçant ou plutôt criant son nom d'une voix haute et brève. Un quart de minute après, il reprend son travail, se remet à parler à ses ouvriers, à leur donner ses ordres. Mais si on ne le lui disait, il n'aurait aucune idée de l'acte singulier auquel il vient de se livrer ».

Dès lors, l'épilepsie procursive devient d'observation courante; Hammond en relate deux cas dans son « *Traité des Maladies nerveuses* » et Nothnagel dans

un article sur l'épilepsie, fait remarquer que « quelquefois les convulsions manquent entièrement et sont remplacées par des mouvements ambulatoires et des courses. ». Cependant dans son ouvrage sur l'épilepsie, Delasiauve n'en parle même pas et Gowers se contente de dire : « Dans quelques cas rares, le début d'un accès est précédé de quelques actions automatiques, comme de courir ».

Axenfeld et Huchard ne sont guère plus explicites : « On appelle aura motrice, l'impulsion aveugle au mouvement que présentent quelques épileptiques au moment où leur accès est sur le point de débuter, on les voit s'élancer en avant ou reculer, ou tourner en rond avant de tomber convulsés ».

Le professeur Mairet, de Montpellier, signale aussi d'intéressantes observations, mais jusqu'en 1888, personne n'a cherché à faire une étude d'ensemble de la question. C'est à MM. Bourneville et Bricon que revient le mérite d'avoir étudié et classé cette variété d'épilepsie. Après avoir cité la plupart des observations connues, ils citent des cas qui leur sont personnels, établissent des divisions et insistent sur l'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit, les auteurs n'ont rapporté jusqu'ici que de courts accès procursifs qui sans conteste, sont les équivalents physiques d'une crise convulsive, mais aucun d'eux, à part Nothnagel peut-être, qui parle de « mouvements ambulatoires », ne s'est hasardé à relater une course de plusieurs heures comme de nature épileptique.

Il faut arriver à Charcot pour entendre parler de « Fugues comitiales ». Le célèbre neurologiste de la Salpêtrière fonde principalement son diagnostic sur l'amélioration de son malade par le traitement bromuré et il rattache à l'épilepsie nombre d'amnésies traumatiques observées jusqu'à lui.

A partir de ce moment, chaque année voit naître de nouvelles observations d'automatisme comitial ambulatoire, nous en devons d'intéressantes à Legrand du Saulle, à MM. Chantemesse et Widal.

Enfin M. le Professeur Raymond, dans une de ses « Leçons du Mardi », le 21 janvier 1895, fait une remarquable analyse d'un cas particulier où il conclut à la coexistence de l'épilepsie et de l'hystérie.

Dès lors, la fugue épileptique passe dans le domaine classique et M. le Docteur Voisin nous la décrit dans son traité « *De l'Epilepsie* » en 1897.

Il nous reste à analyser le caractère de ces malades, MM. les Professeurs Gilbert-Ballet, Brissaud, Joffroy nous en montrent la versatilité; puis M. Pierre Janet étudie chez eux les variations du champ de la conscience et, dans l' « Encéphale » 1907, M. Henri Claude nous signale un cas de fugue épileptique consciente.

A signaler encore un ouvrage tout récent (1) de MM. Joffroy et Dupouy. La question des Fugues y est traitée d'une façon générale, mais nous n'avons pu nous en inspirer utilement, notre travail étant sous presse.

(1) « *Fugues et Vagabondage* ». Alcan. Paris 1909.

CHAPITRE II

DEFINITION ET CAUSES

« On appelle « épilepsie procursive » une forme particulière d'épilepsie, dont les accès, au lieu de présenter les phases habituelles, sont constitués par une course ou propulsion rapide, en ligne directe dans l'axe horizontal du corps ou avec rotation à grands cercles, d'une durée ne dépassant jamais celle d'un accès épileptique ordinaire, ne s'accompagnant pas le plus souvent de chute et n'étant pas suivi de coma, mais se compliquant d'une congestion très forte de la face. »

Cette définition de MM. Bourneville et Bricon, nous donne une description générale de l'épilepsie procursive typique, mais il nous paraît rationnel de comprendre sous ce nom tous les cas où une impulsion irrésistible incite le malade à courir ou à voyager, même en dehors des accès et pendant un temps supérieur à leur durée ordinaire.

La procursion peut à elle seule constituer tout le syndrôme comitial; toutefois il est reconnu que la plupart du temps elle l'accompagne, et que, chez le même épileptique, on observe les grands accès convulsifs comme les impulsions ambulatoires.

Ces alternatives de haut mal et d'accès incomplets se produisent sans ordre, sans raison, au gré de la lésion ignorée qui leur a donné naissance. Alors, le malade prend sa course, évite les obstacles ou les renverse, continue quelques secondes ou quelques heures.... Puis, il s'arrête, fatigué, harrassé, la plupart du temps incapable de retrouver ses souvenirs depuis son départ.

Ainsi se déroule devant les yeux de l'observateur, le tableau de cette affection si bizarre dans ses formes et ses apparences et l'on se demande quelle cause peut présider à la production de pareils phénomènes.

Le problème serait vite résolu si nous connaissions, chez l'épileptique, le mécanisme qui, suivant les moments, fait réagir son système nerveux d'une manière convulsive, lipothymique ou délirante; mais bien qu'étudiée depuis longtemps, la question n'est pas encore élucidée.

Pourtant en 1827, Bravais signala l'épilepsie hémiplégique, et après lui Hughlings Jackson vint montrer par ses travaux que des lésions, localisées dans les circonvolutions cérébrales pouvaient provoquer des convulsions partielles ou générales des membres. Les expériences de Fritsch et de Hitzig et celles de Ferrier vinrent confirmer ces données.

Dès lors, par analogie, il est impossible de ne pas penser que l'épilepsie procursive, avec ses mouvements limités aux membres inférieurs, ne répond pas à des lésions de ce genre. Il serait puéril d'admettre une pareille solution ; car le phénomène observé est beaucoup plus compliqué. Le fait seul de garder l'équilibre nécessite la mise en jeu de contractions musculaires complexes et des mieux coordonnées en vue de la station verticale. Par suite, il est inadmissible que des mouvements aussi délicats soient produits par une simple lésion irritative.

Faut-il accorder davantage à ceux qui prétendent que les procursifs cèdent à un motif d'ordre psychique? Devons-nous admettre que l'impulsion irrésistible à courir se produit sous l'influence d'une hallucination terrifiante, ou parce qu'un autre « moi » l'emporte sur le premier et l'entraîne inconsciemment dans une course aveugle?

Autant de questions qui doivent être résolues par autre chose que des vues de l'esprit et sur lesquelles, seule, la connaissance de la physiologie du cerveau pourrait nous éclairer.

DEUXIÈME PARTIE

Nous ferons dans cette deuxième partie, l'étude clinique de l'épilepsie procursive.

Nous l'étudierons d'abord dans ses manifestations physiques; nous décrirons successivement:

1° *Les vertiges procursifs*;
2° *L'aura procursive;*
3° *L'accès procursif proprement dit;*
4° *La procursion post-épileptique*;
5° *La fugue épileptique;*
6° *Le vagabondage épileptique.*

Puis, dans un chapitre spécial, nous l'envisagerons au point de vue psychique, et nous énumérerons tous les états intermédiaires que l'on peut trouver entre l'épilepsie inconsciente et l'épilepsie consciente.

CHAPITRE I

VERTIGES PROCURSIFS

Le vertige procursif est une manifestation rarement exclusive de l'épilepsie procursive. Dans les observations que nous citons plus loin, il se trouve associé à l'attaque convulsive ordinaire ou à des accès avec aura procursive. Il peut cependant exister seul, mais il est alors difficile de le différencier de l'accès procursif proprement dit dont il n'est qu'une forme atténuée. Son diagnostic se fonde surtout sur le peu d'intensité du phénomène procursif et des symptômes qui l'accompagnent. On remarque plus souvent la tendance à courir que la course elle-même; ou si la course est effectuée, le malade revient aussitôt à lui et continue ses occupations comme si rien ne lui était arrivé. La sensation de fatigue, qui caractérise la fin d'un équivalent convulsif, fait défaut dans le vertige; les troubles intellectuels sont peu marqués, on ne note qu'une légère obnubilation, car le malade ne perd jamais totalement la conscience des actes qu'il accomplit.

Observation VI (*personnelle*)

Al... V...., âgé de 10 ans et demi, est amené par sa mère à la consultation de la Salpêtrière, pour crises nerveuses avec perte de connaissance.

Antécédents héréditaires. Père: assez bonne santé, mais serait asthmatique (?)

Mère: se dit nerveuse, cependant bien portante. Elle a eu trois autres enfants dont:

1° Un fils de 24 ans, ne présentant rien à noter au point de vue pathologique;

2° Une fille de 19 ans, peu intelligente, ayant eu des convulsions dans l'enfance;

3° Une fille de 17 ans et demi, de mauvaise santé, anémique, réglée irrégulièrement. Comme son père, elle serait asthmatique.

La mère accuse encore trois fausses couches de deux mois à deux mois et demi: la première après son fils aîné de 24 ans, la deuxième après le petit malade que nous allons examiner, la troisième ne peut être précisée.

Notre malade. Al..., venu à terme, accouchement facile; sa mère remarque quelques jours après sa naissance, une desquamation des téguments par de véritables lambeaux d'épiderme; pas de pemphigus, pas de coryza. Des convulsions apparaissent à l'âge de deux ans (agitation des membres, cris, quelquefois incontinence d'urine). Depuis cet âge, il a eu des crises tous les deux ou trois mois, parfois 4 ou 5 pendant un mois, parfois une série de 5 ou 6 dans la même journée.

Vers l'âge de 6 ans, l'état nerveux de notre malade a présenté une amélioration passagère d'un an pendant laquelle il s'est bien développé.

On a essayé de le mettre en classe, mais l'instituteur ne put le garder parce qu'il était turbulent et dérangeait les autres.

Actuellement il se présente comme un enfant assez docile, mais il laisse beaucoup à désirer au point de vue intellectuel. Il ne sait ni lire ni écrire, on ne l'a pas beaucoup poussé du reste,

craignant de le fatiguer. Il répète sans cesse les mêmes questions: « Pourquoi il écrit toujours des pages, le monsieur », dit-il à sa mère peut-être cinquante fois pendant qu'on prend son observation.

La mémoire est parfaite cependant: il se rappelle très fréquemment des détails que sa mère avait oubliés. Il a pu apprendre à répéter des fables et retient aussi facilement les airs.

Il est assez doux, plutôt indifférent, taquin et curieux.

Il présente deux sortes de crises. 1° des vertiges: il s'arrête brusquement dans ce qu'il fait, devient pâle et dit à sa mère: « Je deviens nerveux, je deviens nerveux. » Puis il marche et court dans l'appartement pendant trente secondes à une minute environ; il reprend ensuite ses occupations comme si rien ne lui était arrivé; 2° des crises véritables: « il reste drôle pendant un moment ». (La mère); puis il tombe brusquement et présente de l'agitation clonique des quatre membres. Les convulsions durent trois à quatre minutes, puis stertor, coma. On observe consécutivement de l'embarras de la parole, mais n'urine pas en général et ne se mord pas la langue.

Observation VII (Empruntée à M. Delbreil)

Saint G... Mathilde-Flore, âgé de 26 ans, mariée, rentrée à l'asile de Bailleul le 7 mars 1889; elle y avait déjà fait un séjour de 18 mois, de juillet 1884 en janvier 1886. Les accès observés à ce moment étaient semblables à ceux qui se produisent actuellement.

C'est une femme d'apparence robuste et bien développée: la tête, petite, est assez régulière, la région occipitale est toutefois légèrement exagérée. Le front est bas et étroit; l'implantation des cheveux est défectueuse, empiétant sur les arcades sourci-

lières qui sont saillantes. Les lobules des oreilles sont soudés, la dentition est régulière; pas d'imperfection palatine; il y a peu de prognathisme.

L'état mental est déjà très affaibli; la malade n'est pas encore démente, mais elle s'approche de ce terme à grands pas. Presque toujours en excitation maniaque, son langage est incohérent ainsi que ses actes.

Les accès sont fréquents et correspondent à la fin de la période menstruelle. La plupart du temps excitée, la malade ne se calme que quelques jours avant le début de la menstruation. Pendant cette période, Saint G...., sans motif, sans but, court, danse, renverse les obstacles, et frappe les compagnes qui se trouvent sur son passage.

C'est une véritable manie procursive, pendant laquelle, la malade marche, court comme avec une semi-conscience, traverse rapidement la salle en ligne directe, s'arrête devant le mur, frappe aux portes et revient sur ses pas. Cette période est suivie de vertiges procursifs. Assise, Saint G..., sans cris, se lève, saute au-dessus de la table, saisit les objets proches et se met à courir. Ce qui différencie nettement ceci des accès de manies procursives, c'est l'état de faiblesse, de semi-parésie dans lequel se trouve la malade. Pour éviter toute chute, il est absolument indispensable de la soutenir. Ensuite se déroule le tableau ordinaire de ses accès. Ceux-ci sont complets, terribles. La malade pousse un cri effrayant, puis tombe comme une masse sur le parquet. L'accès se continue complet, avec pâleur de la face, dilatation des pupilles, adduction des pouces. La phase tonique est longue; les convulsions cloniques généralisées à tout le corps; les membres sont en flexion forcée.

A la période convulsive, succède la période résolutive avec stertor, coma, et hébétude consécutive.

Le vertige procursif observé chez notre premier malade est nettement comparable au vertige observé chez l'épileptique au cours d'une conversation par exemple. De même que celui-ci reprend au bout de quelques secondes sa phrase laissée inachevée, de même celui-là après son léger accès de procursion, continue le travail qu'il était en train de faire comme si rien ne lui était survenu.

Notre deuxième malade nous présente l'association de la manie ambulatoire et de vertiges procursifs. Il est à remarquer que ceux-ci sont bien plus accentués que ceux observés précédemment. Cet état de faiblesse consécutive est, pour ainsi dire, un caractère propre aux accès procursifs; c'est pourquoi nombre d'auteurs pensent avec raison que le vertige n'est qu'un accès procursif incomplet ou avorté.

CHAPITRE II

AURA PROCURSIVE

L'aura procursive est une variété d'aura motrice qu'on rencontre fréquemment dans l'épilepsie. La course marque le début de l'accès, tient la place d'une aura quelconque et l'accès se déroule ensuite avec la série ordinaire de ses symptômes.

Cette aura consiste, tantôt en une course qui ressemble à celle de l'épilepsie procursive simple : le malade part subitement pour s'arrêter de la même façon à une distance variable et tomber aussitôt. Tantôt la procursion commence par une marche qui s'accélère de plus en plus et se termine par une course plus rapide.

D'autres fois, le phénomène procursif se manifeste par des mouvements saltatoires. L'épileptique abandonne brusquement son siège et bondit plusieurs fois sur place, ou bien encore sa course est constituée par une série de sauts désordonnés. Enfin, l'accès peut se composer de mouvements rotatoires; le malade

se roule à terre ou tourne sur lui-même dans l'axe du corps.

Par les nombreux cas que nous avons vus dans le service de M. le Docteur Voisin, nous avons remarqué que l'aura procursive était très fréquente chez les malades qui présentaient des signes de déchéance physique ou intellectuelle. Ce sont ceux qui sont épileptiques depuis leur enfance, qui sont idiots ou imbéciles, qui présentent des malformations du crâne, de la microcéphalie surtout, qui en sont le plus souvent atteints.

Presque toujours, l'aura procursive s'installe d'emblée, c'est-à-dire qu'elle se montre dès le premier accès d'épilepsie du malade. Cependant, il ne faut pas généraliser, car on la voit survenir aussi à la suite de vertiges procursifs, et remplacer une aura quelconque.

Tandis que, dans certaines formes d'épilepsie, les accès surviennent avec une régularité très parfaite, par exemple aux époques menstruelles, l'accès avec aura procursive est extrêmement irrégulier. Chez quelques malades, nous le voyons coïncider avec les règles, mais le plus souvent, il survient inopinément.

En général, la crise qui suit l'aura procursive est extrêmement violente. Elle se déroule avec les caractères ordinaires des accès normaux, bien que le cri fasse souvent défaut. Lorsque la crise survient la nuit, elle se passe à peu près de la même façon que le jour; l'épileptique roule à bas de son lit et se met à courir.

Cependant, Mairet dit le contraire; un de ses malades étant couché se laisse glisser de son lit et roule sur lui-même, ensuite commence sa crise. A la vérité,

il faut envisager cette tendance à changer de place et les mouvements du corps, comme l'équivalent d'une aura procursive, car il n'est pas douteux que la position du malade, son état de veille ou de sommeil, puissent avoir une influence sur son impulsion procursive.

Nous allons maintenant exposer dans les observations qui vont suivre quelques exemples d'auras procursives.

Observation VIII (Bourneville)

Jean François, 39 ans, Bicêtre. Intelligence rudimentaire; caractère emporté, entre en apprentissage à 17 ans et se met à boire de l'absinthe; premier accès à cette époque. On n'aurait noté des vertiges et des secousses que depuis l'âge de 20 ans.

L'accès est précédé d'une sorte de fatigue, le malade éprouve le besoin de courir; il lui est arrivé de descendre cinq étages avant de tomber. Pas de cris. Périodes tonique et clonique. Coma. Pas de troubles intellectuels consécutifs.

Observation IX

Ad..., 21 ans (à son entrée). A trois ans, apparaît le premier accès convulsif. Un jour, se promenant avec sa mère, il lâcha subitement la main de cette dernière et se précipita en avant comme s'il eut voulu courir et tomba convulsé. Pendant plusieurs années, à chaque crise, il courait en hurlant; couché, il se levait. A son entrée, il avait encore ces courses en avant; on ignore à quelle époque, elles ont disparu. Dans ces dernières années, il poussait des cris violents, se tordait, devenait de toutes les couleurs, écumait peu.

Observation X

Jouv..., célibataire, âgé de 38 ans. C'est une femme forte, vigoureuse, dont les traits grossiers et durs, inspirent la terreur. C'est le type parfait de l'idiot impulsif. La tête est asymétrique, la région occipitale peu développée. Le front est bas, étroit; la ligne d'implantation des cheveux empiète sur toute la région frontale.

Les arcades sourcilières sont à peine marquées, les apophyses malaires peu développées, les apophyses mastoïdes légèrement saillantes. Les oreilles sont assez régulières; les lobules sont légèrement adhérents. Le nez, dont la base est assez bien implantée, présente à sa partie moyenne, une sorte d'effondrement, dû, probablement, à une fracture des os du nez, causée par une chute, la dentition est régulière. L'état mental est à mettre en parallèle avec l'état physique. Jouv... n'offre pas la moindre lueur d'intelligence.

La malade n'a jamais eu de vertiges, les accès sont peu fréquents, au nombre de cinq ou six par mois, il n'offrent aucune relation avec la menstruation. L'accès n'est jamais précédé de prodromes; sans donner aucun avertissement, la malade assise, se lève et se met à courir à travers la salle. Après 20 à 30 secondes de course, sans pousser un cri, Jouv... tombe en avant, rarement en arrière et perd connaissance La phase tonique s'ensuit, présentant le type fléchisseur, c'est-à-dire une exagération de flexion des différents segments qui la force à se ramasser en boule. Cette période de 60 à 70 secondes de durée est suivie d'une phase clonique courte, généralisée. Arrive ensuite la troisième période pendant laquelle la malade écume et urine.

Notons à propos de cette dernière malade, que nous

avons là un cas type d'épilepsie avec aura procursive, pure de tout autre symptôme surajouté. La déchéance physique et intellectuelle s'y trouve à son plus haut point; — si nous voulions allonger la série de nos observations, nous citerions encore sept ou huit autre cas rencontrés chez M. le Docteur Voisin dans son service de la Salpêtrière.

CHAPITRE III

ACCES PROCURSIFS PROPREMENT DITS

Sous ce titre, nous allons passer en revue, tous les cas où la procursion remplace la chute dans l'attaque ordinaire et les périodes tonique et clonique qui lui sont consécutives.

La course constitue à elle seule tantôt tout l'accès, tantôt une partie seulement. Dans les cas les plus purs, elle existe seule, indépendamment de tout autre symptôme épileptique. Elle se traduit par une impulsion ambulatoire irrésistible et parfois avec une telle violence qu'on a grand peine à retenir le malade. En général, elle se produit en droite ligne, sans que l'épileptique se soucie des obstacles, et ce n'est que dans des cas exceptionnels qu'il les reconnaît et y échoppe. Nous avons un exemple de ce genre chez un de nos malades dont nous rapportons plus loin l'observation. Il nous dit très bien voir et éviter les obstacles pendant sa cour-

se, ce qui nous permet de supposer un certain degré de conscience chez cet épileptique au moment de l'accès. La course se termine brusquement; quelquefois le malade tombe parce qu'il a rencontré un obstacle; d'autre fois, il s'arrête de lui-même et la connaissance lui revient. Il peut avoir encore à ce moment quelques spasmes convulsifs, ou bien comme l'ont noté Bourneville et Bricon, des phénomènes de raidissement ou de trépidation d'un bras ou de tout autre membre.

Cette course n'est ordinairement pas précédée du cri initial, tel qu'on est habitué à l'entendre dans l'accès ordinaire; cependant le malade de Trousseau (Observation V) criait son nom d'une voix brève, d'autres disaient: *Je ne veux pas m'en aller, ce n'est pas moi;* ces paroles probablement en rapport avec des hallucinations de la vue ou une sensation d'impulsion.

La période de stertor ou de coma, qui fait suite à l'attaque convulsive la plus courante, fait aussi souvent défaut après l'accès de procursion. Quand le malade s'arrête, la conscience s'éclaircit peu à peu, et on le voit regagner tranquillement sa place pour reprendre l'occupation interrompue. Parfois, une légère obnubilation persiste quelques instants, mais en général elle disparaît très vite;

Pendant l'accès nous avons constaté plutôt la pâleur de la face que la rougeur; il semble que cette décoloration du visage soit un signe propre de l'épilepsie procursive, puisque dans tous les accès comitaux ordinaires, la face est congestionnée. Tel n'est pas cependant l'avis de MM. Bourneville et Bricon qui consi-

dèrent l'accès procursif comme « se compliquant d'une congestion très forte de la face ».

Les accès rotatoires que l'on rencontre soit isolément, soit à côté des accès procursifs chez le même malade, ne sont évidemment qu'une forme particulière de procursion et qu'il n'y a pas lieu de les différencier.

Il faut retenir en somme que cette variété d'épilepsie se révèle par les symptômes les plus capricieux, et que sans les signes communs avec la grande névrose, il serait impossible d'établir le diagnostic ferme de procursion comitiale.

Les exemples d'accès procursifs sont très fréquents; nous avons observé le cas suivant à la consultation de M. le Professeur Raymond, à la Salpêtrière:

Observation XI

Dés..., âgé de 24 ans, ouvrier métallurgiste, vient consulter en décembre, pour les faits suivants:

Lorsqu'il est en train de travailler, il se sent envahir peu à peu comme d'un étourdissement. S'il tient un boulon entre les mains, quand il est à même d'assembler deux pièces de fer par exemple, le boulon lui échappe des doigts. Alors il éprouve le besoin de courir pour ne pas tomber. Et de fait, s'il ne court pas, il tombe, et présente la série des phénomènes épileptiques observés pendant l'attaque ordinaire. *S'il prend sa course, la chute n'a pas lieu, il parcourt une trentaine de mètres en évitant les obstacles,* et tout rentre dans l'ordre. Cet accès procursif se termine par une émission abondante d'urine.

C'est un jeune homme en apparence bien constitué qui a fait quelques excès éthyliques dans l'adolescence et qui a présenté des convulsions dans l'enfance.

Son père n'est pas très sobre, sa mère est bien portante. Mais sa sœur, actuellement en bonne santé, eut aussi des convulsions dans le jeune âge.

Observation XII. Empruntée à M. le Dr Delbreil (Thèse de Lille)

Cuv... Philomèle, âgée de 25 ans, est entrée à l'asile de Bailleul, le 22 novembre 1880, venant de l'asile de la Teppe, où elle était depuis 1869; épileptique depuis son enfance. Nous n'avons sur ses antécédents héréditaires ou personnels, aucun renseignement.

Cette malade, d'une assez forte constitution, ne présente pas de stigmates physiques; la face n'est pas asymétrique. Les pupilles sont rétrécies et égales. On observe un certain tremblement de la parole ou plutôt, une sorte de bégayement, qui s'accentue beaucoup à la suite des attaques d'épilepsie. Il n'y a pas de tremblement des lèvres, ni de la langue. Affaiblissement notable des facultés intellectuelles. Aux questions qu'on lui adresse, on n'obtient le plus souvent que des réponses enfantines. Le caractère est relativement bon. La malade s'occupe un peu à des travaux d'aiguille.

Ses accès sont très fréquents. On en compte de vingt à trente par mois; ils se reproduisent par série tous les deux ou quatre jours. La menstruation est régulière.

Les phénomènes épileptiques sont de trois ordres:

1° Grands accès avec mouvements rotatoires;

2° Accès suivis de procursion;

3° Accès procursifs.

Nous ne décrirons que ces deux derniers modes d'accès qui seuls nous intéressent.

Quand ses accès doivent être suivis de procursions, elle pousse

un cri perçant, lève le bras non parésié et se laisse glisser à terre; l'accès se continue par les spasmes toniques et cloniques, marqués surtout à gauche, quand ceux-ci sont terminés, la malade se lève, fait le tour de la salle et va reprendre sa place, n'ayant donc présenté ni stertor ni coma.

Dans ses accès procursifs proprement dits, la malade étant au travail, abandonne son tricot, se lève et, marchant à tâtons comme une aveugle, s'éloigne de son banc. Elle se laisse ensuite glisser sur le côté paralysé,à terre,elle lève la jambe et le bras non atteint, puis après un moment d'hésitation se relève et marche autour de la salle en frappant aux portes, et regagne sa place. Souvent son état de faiblesse exige qu'on la soutienne; elle entraîne alors la personne qui l'aide et la force à marcher avec elle.

Le 16 novembre 1888, elle a présenté un phénomène tout particulier: Elle s'est mise à aboyer comme durant ses accès, mais au lieu de rouler à terre, elle se leva et marcha pendant près de cinq minutes. Elle conservait alors une semi-conscience, car, sur l'invitation de la sœur, elle s'arrêta et alla s'asseoir à sa place, où l'accès se termina.

Jamais chez elle on n'a noté la congestion de la face, qui devient au contraire très pâle pendant et après les accès.

Dans ces deux observations, on peut remarquer nettement: d'une part l'équivalence de l'accès procursif et de la crise ordinaire (Observation XI); d'autre part, la coexistence de plusieurs modes de procursion chez le même malade (Observation XII).

Dans une autre observation, nous allons voir que dans ses impulsions à la course, l'épileptique peut ef-

fectuer jusqu'à de véritables voyages. Ces phénomènes ambulatoires prennent alors le nom de fugues. Témoin, la malade dont l'histoire nous est rapportée par M. le Docteur Voisin dans son traité de « l'Epilepsie » :

Observation XIII (due à l'obligeance de M. le docteur Voisin)

Auj... Virginie, âgée de 24 ans.

Père âgé de 70 ans. A eu sa fille à 46 ans. Alcoolique; a eu des rapports avec sa femme en état d'ivresse. Pas de syphilis.

Mère rhumatisante. A un neveu épileptique qui est interné à Bicêtre depuis 13 ans.

Grand-père de la malade marié 2 fois. La première femme se suicide, laisse trois filles qui se suicident aussi.

Antécédents personnels. — Enfant un peu délicate, cause de bonne heure. Intelligente, réussit à l'école. Excellente mémoire. Peurs nocturnes. Mauvais sommeil.

La première attaque arrive à la suite d'un incendie. Commence par rires exagérés. Cris au début, puis mouvements désordonnés. Elle se met à courir: on la retrouve à six lieues du point de départ, toute nue, dans une meule de paille. Ramenée chez elle, elle n'a gardé aucun souvenir de ce qu'elle a fait. Deuxième fugue quelque temps après, en plein hiver: la malade est restée 3 jours absente sans prendre de nourriture. Ses vêtements étaient en désordre et elle était d'une fatigue extrême.

Actuellement, la malade est en état de démence. Elle présente des accès séparés et des accès en série. Elle jette un cri prolongé, fait quelques pas en tournant de gauche à droite, puis tombe comme une masse sans connaissance, toute raide; tout à coup, avant que la période clonique apparaisse, elle se lève comme mue par un ressort, court, marche à grands pas devant elle

jusqu'au bout de la cour, puis revient sur ses pas et ainsi de suite. Elle fait ce manège pendant 25 à 30 minutes sans s'arrêter un seul instant. Elle a l'œil fixe, hagard et farouche, ne prononce aucun mot le plus souvent, d'autres fois marmotte des paroles incompréhensibles, renversant tout sur son passage et n'étant arrêtée ni par les paroles ni par les obstacles. Quand on essaie de la retenir, elle grogne et lève les bras pour frapper. Quand on lui parle, elle continue sa marche. Au début de son séjour à la Salpêtrière, elle essayait, au cours de ses accès, de monter sur le mur et de sauter par dessus la grille, mais depuis elle n'a jamais fait ces tentations.

Par le seul exemple de cette malade, nous pouvons voir la relation qui existe entre la procursion simplement convulsive de quelques minutes, et la fugue plus ou moins compliquée d'un ou plusieurs jours.

Dès lors, il est un fait acquis, c'est qu'il n'y a pas de limite entre l'épilepsie procursive telle que l'ont étudiée MM. Bourneville et Bricon, et la fugue épileptique.

CHAPITRE IV

PROCURSION POST-EPILEPTIQUE

La procursion peut encore se manifester après la chute. Cette forme d'épilepsie est rare; elle ne diffère guère de celle que nous avons observée avant ou pendant l'attaque.

Nous en rapportons deux observations:

Observation XIV (Bourneville et Bricon)

C... Marie, dix ans. Enfant assez bien développée. Pas de difformités appréciables, intelligence bornée.

Au début on note des attaques épileptiformes ainsi composées: pâleur subite, puis marche en avant. Si elle rencontre une porte, elle frappe, regarde par la serrure. Interrogée, elle répond qu'elle se livre à tel ou tel de ses actes journaliers. Revient à elle sans souvenirs. Plus tard, on observa des tapotements, des piétinements sur place.

Enfin, en 1886, apparurent les accès avec post-procursion: chute, pas de cris, par d'aura, pas d'écume; quelques mouvements

convulsifs de la face, pâleur. Au bout de quelques secondes, la malade se lève puis soudain prend sa course, allant droit devant elle, ne s'arrêtant que quand elle rencontre un obstacle. Tantôt elle s'enfuit jusqu'au bout du jardin, tantôt elle enfile un escalier et ne s'arrête qu'à la porte du grenier. A ce moment, il lui arrive de s'endormir quelques instants; quand elle revient à elle, ne comprenant pas ce qui vient de lui arriver, elle cherche à expliquer sa présence dans ce milieu par quelque besogne à accomplir.

Observation XV *(Personnelle)*

Mlle L..., âgée de 30 ans, sans profession, se rend, le 5 avril 1909, à la consultation de la Salpêtrière, accompagnée de sa mère et de son beau-frère qui nous donnent les renseignements suivants:

Antécédents héréditaires. — Rien à noter au point de vue pathologique. Le grand-père de la malade est mort à 106 ans, sa grand-mère à 96 ans. Ses grands-parents meurent aussi très âgés. Son père, ancien garde national, meurt à 46 ans, d'un accident. Tous furent très sobres.

Sa mère ici présente est bien portante, mais paraît d'une grande émotivité. Elle s'afflige beaucoup de l'état de la malade. Elle possède deux autres filles: l'une de 36 ans, mariée, a eu quelques crises épileptiques: chute, perte de connaissance, convulsions, pas de morsure de la langue; l'autre de 28 ans est en bonne santé.

Antécédents personnels. Crises épileptiques dès l'enfance, diurnes et nocturnes, qui, grâce à de bons soins, diminuèrent peu à peu de nombre, mais ne disparurent jamais complètement.

Etat actuel. La malade tombe trois ou quatre fois par mois et présente deux sortes d'accès:

1° Des accès qui se terminent normalement par une sensation de lassitude et de fatigue générales, et par un sommeil profond.

2° Des accès suivis d'un besoin impérieux d'aller se promener. Elle est absolument consciente de ses actes et fait tout ce qu'elle peut pour échapper à la surveillance des personnes qui l'entourent.

Voici comment son beau-frère nous décrit la terminaison de ces accès: « Elle ne paraît pas fatiguée et se met à parcourir la chambre, recherchant une issue, une porte ou une fenêtre. Elle dit en même temps: je veux sortir, je veux aller me promener; mais par crainte d'accident on ne la laisse jamais partir ».

Un jour, qu'à Poissy, elle avait, à la suite d'un accès, réussi à tromper la vigilance de sa famille, elle s'était enfuie par un chemin bordant la Seine. Ses parents redoutant un malheur, se mirent à sa recherche et à plusieurs reprises l'appelèrent par son nom, mais n'obtinrent pas de réponse. Persuadés qu'elle était tombée à l'eau, ils regagnèrent, éplorés, leur domicile, mais leur surprise fut grande en apercevant à leur arrivée la fugitive qui était enchantée de leur avoir joué ce mauvais tour. Elle disait même qu'elle s'était cachée dans un buisson, les avait vus passer à côté d'elle et s'était entendue appeler par son nom.

Examen physique: Femme brune, taille moyenne, facies amaigri. Pas de stigmates hystériques ni de dégénérescence.

Examen mental: Assez intelligente, espiègle, violente. Se rend compte de son état et semble s'en affecter particulièrement.

Dans ces deux observations, nous remarquons toujours la même impulsion motrice, mais nous devons retenir que dans le premier cas la procursion se produit au moment où le malade est encore dans l'obnubi-

lation; dans le deuxième cas, elle se produit en dehors de toute attaque alors que la malade est parfaitement consciente.

Nous sommes là encore en présence d'un trait d'union entre la procursion simple et la procursion plus compliquée dont nous avons déjà parlé et que nous allons étudier maintenant: la fugue épileptique.

CHAPITRE V

FUGUES EPILEPTIQUES

La fugue épileptique est un mode de procursion spéciale, où les phénomènes convulsifs sont très atténués et même disparaissent parfois pour prendre les allures d'un acte coordonné et raisonné.

Nous avons vu par l'observation de An... (Obs. XIII), que suivant les circonstances, la malade présentait deux sortes d'accès: Enfermée à l'hôpital, elle courait ou marchait précipitamment pendant 25 ou 30 minutes; si elle se trouvait en liberté, elle faisait une fugue de deux ou trois jours.

Or, nous avons là une preuve que la déambulation n'est qu'une forme ampliflée de l'accès procursif. Du reste, dans les premiers temps de son séjour à la Salpêtrière, An... cherchait à franchir le mur au cours de son attaque, et il n'est pas douteux que, si elle avait réussi dans sa tentative, elle aurait fait une fugue analogue à ses escapades antérieures.

Cependant, les deux phénomènes observés ne se res-

semblent pas en tous points: l'un se déroule devant nos yeux, avec une série de gestes plus ou moins convulsifs; dans l'autre, le malade s'échappe, accomplit une multitude d'actes qui nous laissent dans la perplexité quand il s'agit de les expliquer.

Et si l'on se rend compte que ce dernier syndrôme s'observe dans un grand nombre d'états pathologiques, on comprend que les auteurs n'aient pas tant cherché à étudier la fugue comme une amplification directe de l'accès procursif, qu'à la différencier des phénomènes semblables constatés dans l'hystérie et les autres psycho-névroses.

C'est pourquoi, la définition de la fugue en général garde sa raison d'être et son application particulière à la fugue épileptique, est tout légitime.

D'après M. le Professeur Raymond, la fugue comprend: 1° une impulsion irrésistible à accomplir un acte.

2° Cet acte est accompli d'une manière intelligente, régulière, sans violence; en un mot les mouvements sont coordonnés et en harmonie avec les circonstances extérieures.

3° A la fin de l'action impulsive, il y a oubli complet de toute la période qui a été remplie par cette action. En un mot, la fugue est un acte impulsif et bien coordonné, suivi d'amnésie.

Tels sont les caractères fondamentaux, de la fugue, étudiée par Charcot sous le nom d'automatisme comitial ambulatoire, et Dutil dans son article sur l'épilepsie nous en donne en quelques lignes un tableau

frappant : « Sans prodromes ou bien après quelques vagues malaises, céphalée, tristesse non motivée, le malade quitte brusquement son domicile et ses occupations. Il se met en marche, entreprend un voyage, prend un billet de chemin de fer, s'embarque, descend à l'hôtel, solde ses dépenses et poursuit sa route sans que personne ne remarque rien dans ses allures. Lorsqu'il revient à lui, il s'enquiert de la localité où il se trouve, et reste stupéfait en apprenant qu'il est loin de sa demeure, ne se souvenant ni de son départ, ni du chemin qu'il a suivi. »

Dans la majeure partie des cas, l'amnésie de tous ces actes exécutés est complète, « mais parfois en s'efforçant de se rappeler, le sujet retrouve dans sa mémoire quelque lambeau de paysages entrevus ou quelques accidents de la longue course qu'il vient d'accomplir. Dans ces fugues comitiales, le malade se livre à des actes incohérents ou même délictueux ».

Et en effet, nous voyons un malade de Charcot accomplir dans sa crise, le voyage de Paris à Brest, sans en conserver le moindre souvenir. Un autre observé par Cabadé, se rend en sept jours et à pied de Paris à Hyères sans pouvoir à son arrivée donner l'emploi de son temps.

Au Congrès de Bordeaux de 1895, M. le Docteur Voisin, dans l'observation que nous reproduisons, nous parle d'un malade qui a fait le voyage d'Aix à Paris sans savoir pourquoi ni comment ; et nous en avons observé un autre qui, parti d'Asnières, se retrouve quelque temps après place Voltaire, incapable lui aussi de reconstituer la suite de ses souvenirs.

Observation XV (J. Voisin, *in Compte rendu du Congrès des Médecins aliénistes*, Bordeaux 1895).

Le nommé Aud..., 31 ans, se présente à ma consultation externe le 27 juin 1895. Son père et sa mère vivent encore et sont bien portants; l'un à 83 ans, l'autre 71 ans. Pas de maladie nerveuse. Deux frères jouissant d'une bonne santé.

Cet homme a toujours été bien portant jusqu'au mois d'août 1884. Dans son enfance, il n'eut aucune maladie. Il ne présenta jamais de convulsions. N'a jamais uriné au lit et ne s'est jamais mordu la langue.

Au mois d'août 1894, à la suite de contrariétés très vives, d'un procès, il dit avoir eu une insolation (?) Il tomba sans connaissance à 10 heures du matin et ne s'est réveillé qu'à 4 heures de l'après-midi. Il ne présentait pas de fièvre.

A la suite de cet accident, il est resté un mois, paraît-il, sans reconnaître personne et sans vouloir manger (on lui introduisait de force la nourriture dans la bouche). Il avait une amnésie complète des faits les plus récents.

Depuis cette époque, il a eu plusieurs absences et plusieurs fugues. Il partait de chez lui sans savoir où il allait, et des personnes amies le ramenaient chez lui. Il ne se rappelait de rien de ce qu'il avait fait pendant ces fugues. Il ne se rappelait que des faits antérieurs à ces fugues.

Le 20 juillet dernier, le malade, qui habite Aix, en Savoie, arrive à Paris chez son frère, et il ne sait comment cela s'est fait. Il se rappelle seulement, qu'à son arrivée à Paris, un voyageur complaisant, voyant son embarras, l'a conduit chez son frère, dont il se rappelait l'adresse. Mais il ne sait comment il a effectué ce voyage et quel jour il est parti. Il ne sait pas ce qu'il fit pendant le trajet.

Depuis son arrivée à Paris, il n'a aucun souvenir de ce qui s'est passé. Il ne sait pas ce qu'il a fait ce matin. Il ne se rappelle pas être venu hier à l'hôpital et m'avoir vu.

Il a l'air inquiet et a l'idée fixe de rentrer à Aix pour revoir sa femme et ses enfants. Il a peur qu'on le garde à la Salpêtrière. Il répond d'ailleurs très bien et sensément aux questions qu'on lui pose et qui ont rapport à des faits antérieurs à sa fugue, mais il ne peut donner de renseignements précis sur ce qu'il a fait depuis sa fugue. Il y a amnésie complète des faits récents...

... Nous tâchons d'endormir le malade par la fixité du regard ou par la compression des globes oculaires. Nous n'y parvenons pas.

Le 1er juillet, le malade revient nous voir. Il ne se rappelle pas nous avoir vu l'autre jour. Il a encore l'air inquiet. Nous tâchons encore de l'endormir, nous n'y parvenons pas.

Observation XVI [Service du professeur Raymond)

Antécédents héréditaires. — Mère morte de bronchite à 67 ans. Père mort à 54 ans asthmatique. La mère était très nerveuse, impressionnable. Sept enfants: l'un mort à 19 ans poitrinaire; les 5 autres sont bien portants. Le malade est le 5e enfant.

Antécédents personnels. — Typhoïde à 7 ans. Pneumonie à 15 ans. A toujours été très nerveux, irritable mais ne pleurait pas facilement jusqu'à maintenant où il est préoccupé par son état. Il est timide, mais en se violentant il arrive à surmonter cette timidité.

Le malade est musicien ambulant et c'est au cours de ses pro-

menades professionnelles que lui est arrivé l'accident qui l'amène.

La première crise remonte au mois d'avril. Elle a débuté par une aura olfactive (mauvaise odeur) dans une rue des Batignolles. Inconsciemment, au lieu de se diriger vers l'avenue de Clichy pour rentrer chez lui, comme il en avait l'intention, le malade a pris la direction opposée, si bien que lorsque la crise a été finie, il a été étonné de se trouver au Square des Batignolles.

La 2e fois, le 7 juillet dernier, en quittant son frère à Asnières, il fut tout à coup pris de la même aura olfactive et, au lieu de marcher droit devant lui, il a filé vers la droite et s'est trouvé quelque temps après place Voltaire, c'est-à-dire à environ 1 kilomètre de son point de départ.

Enfin, le 8 et le 9 juillet, il lui est arrivé à diverses reprises de quitter brusquement la chambre qu'il occupait, en se rendant parfaitement compte toutefois, de ce qu'il faisait. Mais, il paraît que sa femme a été obligée de lui mouiller les tempes et les mains pour le faire revenir à lui. Le malade nous dit qu'il est toujours pâle au cours de ces crises et qu'il a le regard fixe.

A l'examen, on ne trouve pas de stigmates hystériques, sauf la perte du réflexe pharyngien. Pas de palpitations cardiaques. Pas de signes d'artériosclérose. Myopie très forte; pas de rétrécissement du champ visuel. Ethylisme probable.

Ces deux observations nous offrent les caractères les mieux établis des manifestations épileptiques, et parmi ceux-ci l'amnésie consécutive semble être un fait constant. Toutefois, ce n'est pas la règle; il est des cas où le délire ambulatoire est nettement conscient d'une part et s'accompagne d'autre part d'un souvenir précis.

Témoin, l'observation suivante empruntée à MM. H. Claude et Baudouin.

Observation XVII

Mlle V... (Victorine), âgée de 25 ans, femme de chambre, ne présente rien à noter dans ses antécédents familiaux.

Enfant, elle eut des convulsions. Elle fut réglée à 16 ans et demi et depuis toujours bien réglée.

C'est à 18 ans qu'apparut chez elle, sa première crise d'épilepsie: elle tomba en revenant d'une commission. On observa le cri initial, l'écume aux lèvres, les secousses convulsives, l'émission involontaire d'urine. La perte du souvenir fut absolue. La cause occasionnelle de ce premier accès aurait été un abcès du sein. A cette crise typique en succédèrent d'autres. Deux trépanations n'amenèrent aucune amélioration.

Depuis son entrée à la Salpêtrière (juillet 1902), les crises se rapprochent. Elle n'en avait au début que tous les mois. Actuellement elle ne passe guère huit jours sans tomber. Les accès sont précédés chez elle par une période de quelques heures pendant laquelle elle a des malaises.

Elle étouffe, se sent prise de constriction thoracique, a des nausées. L'accès survient en coup de foudre, se déroule avec tous les caractères classiques de la crise comitiale et laisse à sa suite une période de prostration, d'hébétude toujours assez prolongée.

On ne relève rien dans l'examen général de la malade qui mérite d'être noté.

Jusqu'ici rien que d'absolument classique. Ce n'est que récemment, les 26 octobre 1905 et 26 janvier 1906, que se placèrent les accidents nouveaux sur lesquels nous voulons insister. La malade, fort intelligente, tenait une sorte de journal où elle avait l'ha-

bitude de noter ses crises et où elle a écrit ses impressions. Nous lui laissons la parole.

« Jeudi 26, je me suis réveillée me sentant très bien. A l'heure du déjeuner, je ne me sentais aucun appétit. Jusqu'à deux heures et demie, j'étais assez bien. Mais voilà qu'il me prend un malaise, *toujours comme de coutume;* je me suis promenée plusieurs fois autour de la salle. Ensuite, une idée plus forte que moi sans doute, me prend de m'en aller dans la cour, en criant que je voulais m'en aller. Par trois fois, ces cris m'ont pris comme si c'était un être surnaturel qui se trouve en moi dans ces moments qui me force malgré moi de crier. Je ne perds pas connaissance ».

Pendant ce délire qui dura deux heures, en trois reprises, elle marchait à grands pas autour d'une cour, par instants courant, d'autres fois dansant. Elle avait des yeux hagards, des gestes automatiques, tirait la langue, criait sans cesse d'une voix aiguë, perçante: « Je veux m'en aller... Ah! Ah!... » Rien ne pouvait l'arrêter et elle repoussait brutalement qui lui parlait. Parfois elle s'arrêtait et faisait alors des contorsions, des grimaces sans cesser de crier. Elle se calma peu à peu et finit par s'endormir profondément. Le lendemain, elle était harassée.

Le 26 janvier, survint une crise analogue qu'elle décrit avec plus de détails:

« Aujourd'hui, 26 janvier, tout à coup je ressens l'envie irrésistible de pleurer. La crise de larmes devient peu à peu plus forte. Mes membres finirent par se contracter. Je finis par crier malgré moi comme si j'avais à ce moment un être surnaturel en moi, qui, malgré ma volonté, me force absolument à crier et à me débattre. Il me semble qu'à ce moment-là quelqu'un voudrait me

forcer à rester tranquille, je lui ferais du mal. Je n'ai plus peur de rien et je ne perds pas connaissance tout en me sentant abasourdie. Dans ces moments, j'entrevois mon triste sort, comme encore plus cruel que de coutume. C'est comme un désespoir qui me pénètre profondément et je n'ai plus que cette pensée de m'en aller.

Je me rends aussi parfaitement compte de ce qui se passe autour de moi, des personnes qui m'entourent et de tout ce qui se dit. Je me suis ainsi très bien aperçue que M. Infroit m'avait photographiée en plusieurs poses, il me semble ».

Les photographies prises en effet par M. Infroit, montrent assez exactement quelle était son attitude.

Tantôt elle marche à grand pas, relevant très haut ses jupes et poussant des cris perçants: Ah! Ah! Ah!

Tantôt elle s'arrête et grimace devant les personnes qui la regardent.

Tantôt elle s'avance en sautant et en agitant ses bras comme un automate.

La crise ne dura guère qu'une demi-heure. Elle se termina comme la première fois peu à peu: elle se coucha épuisée, s'endormit et resta souffrante plusieurs jours.

Voici donc un fait anormal, en tant que manifestation épileptique; nous allons en citer un autre sur lequel nous reviendrons plus loin.

Nous savons qu'à l'encontre des hystériques, les épileptiques ne peuvent pas être mis en état de sommeil hypnotique et reprendre ainsi la suite de leurs souvenirs. Or, un malade de M. le Professeur Raymond, pré-

senté à la « Clinique Charcot » en 1895, offrait les particularités suivantes: il ne pouvait hypnotisé, mais de lui-même, pendant son sommeil naturel, il retrouvait en rêve la série des actes qu'il avait accomplis durant sa fugue.

Il n'avait aucun stigmate hystérique, et n'était jamais tombé de mal comitial. Nous rapportons *in extenso* cette observation.

Observation XVIII (empruntée à M. le professeur Raymond)

Dans la « Gazette des Hôpitaux » de juillet 1895, Monsieur le Professeur Raymond nous présente un homme de trente ans, intelligent et travailleur, parfaitement raisonnable, qui quatre mois auparavant fut atteint d'un accident singulier.

Sans raison, en apparence au milieu de la plus parfaite santé, il a perdu la conscience de ses actes. Il a quitté sa maison à Nancy; il a erré pendant huit jours on ne sait où et s'est retrouvé au bout de ce temps à Bruxelles.

Dans sa stupéfaction il ne savait où il était et ne pouvait retrouver aucun souvenir des huit jours précédents.

Antécédents héréditaires. — Père mort à l'âge de 71 ans, sans avoir présenté d'autres maladies qu'une hernie et du rhumatisme chronique déformant. Il ne buvait pas, était d'un caractère calme et froid. Un détail cependant de son passé mérite, au point de vue actuel d'être relevé; dans sa jeunesse, il a été atteint de *somnambulisme* naturel. Etant domestique, il a trouvé plusieurs fois, le matin, son travail déjà fait. Il en fit la remarque aux personnes qui l'entouraient, on le surveilla et on constata qu'il se levait plusieurs fois la nuit pour travailler, puis il se recouchait.

Sa mère vit encore, bien portante quoiqu'elle soit affligée d'un goître qui la gêne par son volume. D'une manière générale, on peut dire qu'elle est nonchalante, endormie, médiocrement intelligente, d'une paresse exagérée.

Le malade a un frère qui présente des signes évidents d'alcoolisme chronique. Il est intéressant de souligner que ce frère a présenté aussi du somnambulisme dans sa jeunesse. Un soir, il se levait de son lit et se sauvait dans l'escalier en emportant son oreiller sous son bras. On le rejoignit et on le réveilla sans qu'il pût expliquer cette conduite bizarre.

Une sœur de 19 ans se porte bien. Une autre sœur a eu des convulsions dans son enfance; elle est morte tuberculeuse à l'âge de 17 ans.

Antécédents personnels. — Notre malade P..., a eu une enfance normale, aucun retard dans son évolution; pas de convulsions. Il est resté petit jusqu'à l'âge de 14 à 15 ans; à partir de cette époque, il s'est développé très rapidement. Très impressionnable, d'une émotivité exagérée, il eut vers l'âge de 16 ans une violente colère qui a déterminé une sorte de crise de nerfs. Il est intéressant de remarquer en passant que cette colère s'est produite à la suite d'une accusation portée contre lui. A cette époque il était clerc d'huissier, et il fut accusé injustement d'avoir volé; son indignation fut si grande, qu'il cria, tempêta, insulta tout le monde, déchira des pièces dans l'étude. Pendant plusieurs heures, il fut comme un homme ivre et il éprouva à la suite de cette scène, de violents maux de tête que d'ailleurs il ressentait assez fréquemment.

Son caractère émotif est encore très accusé par le détail suivant: à 17 ans, il quitta la Lorraine annexée pour ne pas être soldat allemand et ce départ l'impressionna beaucoup. Pendant

longtemps il eut, la nuit, des terreurs; il rêvait qu'il était suivi par un gendarme allemand qui l'arrêtait et le ramenait de force.

Ce rêve se présente encore maintenant quelquefois; il importe de le noter en passant, parce qu'il a également rapport aux idées d'accusation et de fuite, qui ont joué un grand rôle dans le délire de notre malade.

P... arriva à Paris sans position, mais avec une forte dose d'esprit aventureux. A 17 ans, il s'engagea et partit pour l'Amérique du Sud, avec la mission Crevaux. Une blessure qu'il reçut à la jambe dès le début du voyage, le mit dans l'impossibilité de continuer et le sauva du massacre. Soigné à Buenos-Ayres, il fut rapatrié aussitôt guéri.

Mais il ne resta pas longtemps en France. Bientôt il fut adjoint à la mission de M. de Brazza et partit pour le Gabon.

Dans cette expédition qui dura près de deux ans et pendant laquelle il recueillit une quantité de notes extrêmement importantes, il eut à souffrir toutes sortes de maux; il eut la gale, il eut aux jambes ces ulcères tenaces, que dans le pays, on appelle « craw-craw ». Il eut surtout des accès de fièvre paludéenne très graves. Ces fièvres ont pris fréquemment chez lui une forme nerveuse; elles se compliquaient d'accidents délirants, qui souvent duraient plusieurs jours; en même temps, il s'évanouissait à tous moments. Pendant une huitaine de jours environ, il souffrait beaucoup de la tête; il lui était impossible de travailler, de lire. Il lui fallait rester constamment couché car dès qu'il se mettait sur son séant, il perdait connaissance.

A son retour en France en 1886, à l'âge de 22 ans, il eut des accès de fièvre encore plus fréquents que lorsqu'il était au Gabon. Ces accès, au début, revenaient tous les huit jours. Plus

tard ils furent quotidiens; six mois après son retour en France, il était complètement guéri.

A l'âge de 24 ans, P... s'est marié une première fois avec une femme qu'il aimait beaucoup, mais il la perdit quelques mois après son mariage. Dans son désespoir il voulut se réengager dans la légion étrangère et ses parents eurent de la peine à le dissuader de ce projet. On le fit alors entrer dans les bureaux de la compagnie de l'Est et on l'amena à se remarier à l'âge de 26 ans. Ce second ménage fut des plus calmes, des plus heureux. P... a une fillette de 4 ans qu'il aime beaucoup et sa femme actuellement est enceinte de cinq mois. Sa position pécuniaire est modeste mais sûre. Il est estimé de ses chefs et allait obtenir un avancement important quand lui est survenu l'accident que nous relaterons plus loin. Aussi n'avait-il aucune raison d'inquiétude, aucun désir si petit qu'il soit, de quitter son ménage.

Il faut encore remarquer que dans ces dernières années, P... s'est livré à de véritables excès de travail intellectuel. Outre son travail habituel d'employé à la gare de Nancy, travail qu'il accomplissait consciencieusement, il s'était imposé deux besognes supplémentaires. D'un côté comme il était comptable, il s'était chargé des comptes d'une maison en liquidation, et il lui arrivait de travailler à ces calculs jusqu'à deux heures du matin. D'un autre côté, il entreprit de mettre au net et de publier les notes qu'il avait recueillies dans son voyage au Gabon. Cette étude sur les ressources, la flore, la faune du Gabon, sur la comparaison de nos relations commerciales dans le pays en 1886 avec les relations actuelles, fut bien accueillie par la Société de Géographie et publiée en partie dans ses Bulletins avant de paraître en volume.

Ce sont des études fort intéressantes, non seulement pleines

d'observations, mais encore bien composées et bien écrites. Ce détail n'est pas sans importance car il nous permet d'apprécier l'intelligence et le travail du malade.

Depuis quelques mois, en particulier, depuis le mois de janvier 1895, P... éprouvait un certain nombre de troubles nerveux qu'il mit sur le compte de son excès de travail intellectuel. Il a d'abord éprouvé des insommies fatigantes, des maux de tête, des sentiments de lassitude, des crampes et des secousses dans les membres; quelques troubles légers de la vue, tels que mouches volantes; enfin il constate surtout une diminution considérable de l'aptitude au travail. Le malade s'étonnait de ne plus calculer aussi facilement, d'être très distrait, de perdre la mémoire, etc. Son état d'émotivité, qui constitue pour ainsi dire sa manière d'être normale, augmenta encore; ainsi il s'évanouit un jour lorsque l'on racontait devant lui le premier accouchement de sa femme. Ces troubles ne l'inquiétaient pas autrement lorsque survint l'accident qui l'amena à la Salpêtrière.

Le dimanche 3 février 1895, il se trouvait seul, dans sa maison à Nancy, sa femme était partie la veille pour un voyage à Paris. Il était d'ailleurs sans occupation car il venait de remettre un manuscrit important de ses récits sur le Gabon à un membre de la Société de Géographie; celui-ci ne devait le lui rendre que dans quelques jours, avec ses observations. Ne sachant que faire de son temps, et apparemment en bonne santé, il se rend au café de la Meurthe à Nancy, café qui est situé à une petite distance de son habitation. Il venait d'achever de prendre un café quand il rencontre des amis; il prend encore avec eux deux bocks. Il accompagne ceux-ci à la gare; là, il s'aperçoit qu'il a oublié de payer ses consommations, ce qui le ramène au café. Il rencontre alors une personne qui l'invite à faire le quatrième dans une

partie de billard; n'ayant rien de mieux à faire pour le moment, il accepta. Il est bon de noter ces détails pour montrer avec quelle précision, P... raconte les incidents de cette journée; il sait qu'il a gagné une partie, puis qu'ayant vu venir un garçon de caisse de son bureau, il l'invite à jouer avec eux; il sait enfin que pendant cette partie il a encore bu deux bocks. Avant de sortir, il convient avec le garçon de caisse, qui a joué avec lui et qui habite tout près de son appartement, qu'il va descendre dîner avec lui.

Quand il va quitter le café, le patron le rappelle pour lui offrir un verre d'un vermouth qu'il vient de recevoir; il accepte mais à la condition de n'en boire qu'un demi-verre. P... a donc bu dans l'après-midi un café, quatre bocks, un demi-verre de vermouth. Cela n'est évidemment pas énorme, mais cela contraste avec sa sobriété habituelle.

Cependant il sort de la salle sans ressentir aucun trouble, et quoique le froid très vif du dehors l'impressionne un peu au sortir d'une salle très chauffée, il marche tranquillement dans la rue Stanislas pour rentrer chez lui et pour dîner avec son voisin. Il importe de faire remarquer que tous les souvenirs de la séance du café et de la sortie de cet établissement sont absolument précis dans leurs moindres détails. Pour rentrer chez lui, il s'engage sur le pont placé sur la voie du chemin de fer et qui n'est pas à 150 mètres de son habitation.

Arrivé au milieu du pont, il ressent une vive douleur dans la tête, il lui semblait que celle-ci était comme serrée circulairement et comme écrasée. Cette douleur il s'en souvient très nettement, mais ce qui s'est passé ensuite, il n'en sait plus rien, absolument rien.

Quand il a repris conscience, ou du moins quand il reprend

la suite de ses souvenirs, il était couché dans la neige au milieu d'une campagne, le long d'un petit ruisseau. Il s'est relevé et s'est senti tout courbaturé; il souffrait de la tête et de l'estomac.

Il faisait nuit et ignorait complètement où il était. Une ligne de tramway qu'il a rencontrée en cherchant à s'orienter devint son guide. En la suivant, il parvint jusqu'à un grand bâtiment qui était la gare du Midi à Bruxelles! Il était onze heures du soir et la date qu'il lut sur un journal, lui indiqua le mardi 12 février.

En résumé, il se souvenait d'avoir traversé le pont Stanislas à Nancy, pour rentrer chez lui le dimanche 3 février et sans savoir comment, il se retrouvait à la gare de Bruxelles, le mardi, 12 février. Il n'avait aucun souvenir des pays traversés, ni de la façon dont il avait vécu les jours intermédiaires. L'oubli s'étendait exactement sur huit jours et quatre heures.

Nous n'avons pas d'autres détails précis, mais il ne semble pas qu'au début ou à la fin de sa fugue, il y ait eu des convulsions. Après son réveil le malade ressentait des maux de tête; il tremblait de tous ses membres; il éprouvait une sensation de faiblesse et d'engourdissement dans les jambes qui lui semblaient s'enfoncer dans le sol.

Pendant plusieurs jours il ressentit ces faiblesses et ces engourdissements dans les membres inférieurs. Il s'étonnait aussi de ne pas trouver de goût aux aliments et d'être forcé d'ajouter beaucoup de sel pour les rendre plus sapides, ce qu'il ne faisait pas auparavant.

Enfin, outre son amnésie localisée, il avait des troubles généraux de la mémoire; il ne retrouvait plus aussi parfaitement les noms des personnes, mais ces troubles de mémoire existaient déjà un peu avant la fugue.

Au bout de huit jours de séjour à l'hôpital, on tenta de l'hypnotiser après avoir obtenu son consentement, mais toutes les tentatives faites dans ce but, échouèrent les unes après les autres. Cependant, dès son arrivée, une chose importante, peut-être capitale, fut constatée: la nuit, P... fut agité et rêva tout haut. Toutes ses paroles ne purent être recueillies, mais on distingua les mots suivants plusieurs fois répétés: « Bon, c'est entendu ». Or ces mots, il les avait prononcés pendant sa fugue au départ de sa maison. Ils avaient été entendus par son voisin qui lui rappelait sa promesse de venir dîner avec lui. P... rêvait donc à sa fugue; il en retrouvait en rêve, certains souvenirs.

Quelques jours après, P... se sentait *transformé,* il n'avait plus de maux de tête, il avait l'esprit plus lucide. Enfin, détail de la plus haute importance, il avait *retrouvé la plus grande partie des souvenirs de sa fugue.*

Que s'était-il donc passé? P... avait rencontré dans les rues de Paris — (Le malade sort se promener presque tous les jours) — Son frère et il avait eu une conversation avec lui. Cette conversation, ainsi qu'on va le voir tout à l'heure, avait délivré son esprit d'un grand poids et avait contribué beaucoup à l'amélioration de son état psychique à la disparition de ses maux de tête.

Un autre petit incident, s'ajoutant au premier, détermina le retour des souvenirs. P..., en brossant ses habits, trouva dans une poche, un petit papier sur lequel étaient quelques lignes écrites au crayon. Ce papier le plongea dans le plus grand étonnement. C'était une recommandation en règle, signée d'un nom inconnu, à une maison charitable de Bruxelles pour qu'on voulût bien le loger pendant quelques jours. P... ne comprenait pas tout d'abord, d'où pouvait venir cette lettre. Il chercha avec les plus

grands efforts à coordonner les souvenirs que lui rappelaient ce bout de papier... Toute la nuit, *dans un demi-sommeil,* il continua ses recherches. Et en partant de ce papier comme point de repère, il vit ce qu'il avait fait à Bruxelles; il remonta ainsi aux jours suivants et put reconstituer les principaux épisodes de sa fugue.

Voyons maintenant ce qu'il a pu nous raconter et comment ce récit justifie et explique sa fugue? « Il faut d'abord, nous dit-il, que je vous dise un incident survenu un mois avant la fugue et que je croyais sans importance pour expliquer ma maladie ». Au mois de janvier, juste au nouvel an, le frère de P... lui écrivait une lettre dans laquelle il l'accablait d'injures, l'accusant d'une action abominable et le menaçant de tout révéler à la police. Cette accusation était fausse et l'on comprend facilement l'indignation de P... A partir de ce moment, il reste très préoccupé de cette accusation calomnieuse, d'autant plus profondément que pour des raisons de famille, il ne peut faire part de ses ennuis à sa femme. A plusieurs reprises même, l'idée de la police, la pensée de fuir vint le tourmenter dans ses rêves et pendant le jour. Il chassa ces idées absurdes et crut qu'il les avaient oubliées, mais, détail important à noter, c'est à partir de ce moment qu'il a des maux de tête et que commencent les distractions et les troubles de mémoire.

Nous sommes en mesure maintenant d'analyser ce qui s'est passé le dimanche 3 février, au moment où nous avons laissé le malade souffrant d'un mal de tête étrange sur le pont Stanislas.

Voici, du moins, les souvenirs que P... paraît avoir retrouvés exactement.

Malgré ce mal de tête, il continua à marcher, et sur le pont même à quelques pas devant lui, il vit une femme en deuil qui

pleurait et qui se désespérait. Il s'approcha d'elle et lui demanda la cause de son chagrin. Elle lui raconta qu'elle venait d'être chassée par son mari, qu'elle était sans asile et qu'elle n'avait plus qu'à terminer ses jours par le suicide. P... est ému par ce récit et par l'attitude de cette femme, il cherche à la consoler, puis il la quitte pour rentrer à la maison. Arrivé chez lui, P... se souvient bien qu'il a erré dans les chambres, qu'il a dérangé quelques meubles, enfin qu'il a pris deux billets de 50 francs qui se trouvaient en deux endroits différents. Il a répondu à son voisin qui l'appelait pour dîner: « Bon, bon, c'est entendu » et il est sorti brusquement sans fermer la porte.

Dans la rue il a rencontré la même femme toujours au désespoir, qui vraisemblablement l'attendait. Il a marché à côté d'elle au travers de la ville de Nancy jusque dans les faubourgs; il la consolait toujours et cherchait à la détourner de ses sinistres projets. Pendant cette promenade, à une heure tardive, ils se sont même égarés, et ils ont dû demander, afin de retrouver leur chemin, des indications à un soldat. Ils sont ensuite rentrés en ville; puis ils se sont rendus dans un hôtel d'une rue latérale qui coupe le faubourg Saint-Jean. Là, P..., toujours pour consoler la désespérée, car il prenait son rôle au sérieux, lui a offert un verre de Chartreuse qu'elle a accepté. Pour payer les deux consommations, il a dû demander la monnaie d'un de ses billets de cinquante francs, et il se souvient nettement que sa compagne a pris sur cette monnaie une pièce de cinq francs qu'elle a mise dans sa poche, toujours pour se consoler. Puis, ils sont montés à l'étage supérieur, et se sont couchés ensemble avec la plus parfaite tranquillité.

Le lendemain, P... se réveille en sursaut; il est à remarquer d'ailleurs qu'il a des accès de sommeil et des réveils brusques

pendant son état de somnambulisme. Il est pris d'une terreur folle, d'abord parce qu'il est couché avec une femme qui n'est pas la sienne et que ce fait ramène dans son esprit la pensée de l'accusation lancée par son frère, puis parce qu'il est tard et que l'heure de son bureau où l'attend un chef sévère, est passée depuis longtemps. Il s'habille rapidement et se sauve sans un mot d'explication.

Le voici qui fuit à pied, droit devant lui, il traverse Nancy; il arrive à Champigneulle où il se sent fatigué; il s'arrête alors pour prendre une tasse de café. Puis il va à la gare et part par un train entre onze heures et douze heures, avec un billet pour Pagny-sur-Moselle.

Dans le train, il ne pense qu'aux moyens de fuir; aucune autre idée n'existe plus pour lui. A Pagny, il déjeune et va à pied jusqu'à Longwy, où il couche dans un hôtel qu'il ne connaît pas mais qui s'appelle la « Poire d'Or » ou la « Chaîne d'Or ».

Le lendemain matin en se réveillant dans l'hôtel de Longwy, il pense un instant à revenir chez lui et la preuve de ce fait, c'est qu'il demande l'heure des trains pour Nancy. Mais arrivé à la gare, l'idée de fuir est la plus forte et il prend un billet pour Luxembourg.

A Luxembourg, n'ayant rien de mieux à faire, il va se faire couper les cheveux; le soir, il couche à l'hôtel, et le lendemain matin, il redemande l'heure des trains pour Nancy. Mais à la gare il cède de nouveau à l'idée impulsive et prend un billet pour Arlon. Il ne s'arrête dans cette ville que pour déjeuner et le soir, il arrive à Bruxelles. C'était le mercredi soir, 6 février.

A Bruxelles, il couche d'abord dans un bon hôtel, le lendemain, sentant ses ressources diminuer, il prend un hôtel d'un ordre inférieur.

Le vendredi et le samedi, il descend encore plus bas dans la hiérarchie des hôtels et il se couche dans de petits hôtels borgnes à très bon marché.

Le dimanche et le lundi, il se résigne à coucher dans des garnis à trente centimes la nuit, avec une quantité de miséreux. C'est dans un de ces garnis qu'il cause avec un brave homme qui a pitié de lui. Cet individu lui donne un *mot de recommandation* pour une personne de sa famille, personne charitable qui doit héberger ce malheureux pendant quelques jours. C'est cette petite lettre restée dans la poche de P... qui lui a permis, à force d'efforts, de reconstituer ses souvenirs.

Pendant la journée, P... ne songeant aucunement à rentrer chez lui, errait dans la ville, et ayant vu que l'on demandait des hommes pour l'armée des Indes Hollandaises, il a cherché à s'engager. Ces efforts, heureusement pour lui, n'aboutirent pas.

Dans la misère noire où il se trouvait, P... commence un peu à penser à sa famille, et il écrit une lettre à sa femme pour lui dire qu'il est définitivement parti et pour lui demander pardon du chagrin qu'il lui cause.

Malheureusement pour nous, cette lettre n'a pas été conservée; elle eût constitué un témoignage bien curieux. Mais P... est convaincu qu'il l'a déchirée.

Les ressources presque épuisées, P... va errer le mardi soir dans les environs de Bruxelles et désespéré, il s'étend pour dormir dans la neige. Dans cette position, il sentit bientôt l'engourdissement du froid et il eut peur de mourir. Il songea à sa femme et à son enfant, il fit alors *un effort désespéré pour se reprendre:* ce sont ses propres expressions.

Le voici réveillé, apprenant avec étonnement qu'il est à Bruxelles et ne demandant qu'à rentrer au plus vite en France, chez lui.

La tête est toujours malade, l'esprit obnubilé, les souvenirs disparus jusqu'à ce qu'il rencontre son frère à Paris comme à son insu. Or, ce frère lui dit tout justement que l'accusation du mois de janvier était absurde; que cela était bien reconnu maintenant. Et c'est à partir de ce moment que P... n'a plus mal à la tête, qu'il retrouve son attention et qu'avec l'aide du papier retrouvé dans ses poches, il peut reconstituer ses souvenirs!

Cette observation nous montre en plus d'un endroit, les états de semi-conscience ou de conscience qui président à la fugue épileptique; et si l'on ne veut pas reconnaître comme tel un acte où la perception intellectuelle atteint un pareil degré, on peut se demander également si nous sommes en présence d'hystérie pure. Mais nous voyons que, par l'observation de P..., un diagnostic ferme est difficile à établir entre ces deux névroses quand les stigmates physiques font défaut.

CHAPITRE VI

VAGABONDAGE EPILEPTIQUE

L'impulsion ambulatoire comitiale se rencontre si fréquemment, qu'on pourrait se demander si l'épilepsie ne crée pas un état d'esprit spécial incitant le malade à voyager, à se déplacer continuellement en dehors de toute considération sociale ou économique.

C'est pourquoi dans les différentes causes de vagabondage, il serait nécessaire de déterminer la part qui revient à chaque névrose. Or la chose n'est pas facile, car les vagabonds se ressemblent par plus d'un caractère et le syndrôme épileptique se trouve associé chez le même individu aux types les plus divers.

Mais d'abord comment définir le vagabondage? « Le vagabondage, dit l'article 270 du Code pénal, est l'état des individus qui n'ont ni domicile certain, ni moyen de subsistance, et qui n'exercent habituellement aucune profession. »

Il est évident qu'une telle définition ne répond en aucune manière aux observations cliniques et qu'une étude psychiatrique ne doit pas reposer sur des considérations sociales ou juridiques.

A notre avis, le vagabondage se définit de lui-même dans le cas particulier de l'épilepsie, si nous le comparons à la fugue: ici, l'acte morbide est accidentel et transitoire; là, il est durable sinon permanent.

Dans les deux cas, nous avons les mêmes symptômes: déplacements, marches, fuites, courses, voyages, etc... Chez le « fugueur », ils s'observent à l'état aigu, pour ainsi dire; chez le vagabond, ils sont à l'état chronique. Dans la fugue, nous remarquons des accès, qui se reproduisent à des intervalles de temps plus ou moins espacés; nous n'avons rien de tout cela dans le vagabondage: le vagabond est un « procursif en état de mal », il fait « fugue sur fugue » et sa mémoire le plus souvent n'en conserve aucun souvenir.

Cependant le vagabondage possède un caractère propre, que les auteurs ne semblent pas lui contester: c'est d'être parfaitement conscient, ainsi qu'on peut en juger par l'observation suivante:

Observation XIX (résumée) (in thèse de Tissié, Bordeaux 1886 87)

B... (Paul-Henri), entré aux Asiles de la Force, le 13 novembre 1885, service du Dr Rolland.

Pas d'antécédents héréditaires.

A l'âge de 2 ans et demi, le malade a eu de violentes convulsions avec perte de connaissance. A 17 ans, crise violente survenue à la suite d'une contrariété. D'autres crises suivirent cette

première, presque toutes causées par des contrariétés, ou après un travail de bureau prolongé.

Le début de chaque crise est signalé par des battements exagérés du cœur; quelques secondes après, perte subite de connaissance et chute en arrière. Convulsions toniques. Pendant la crise le sens de l'ouïe seul n'est pas complètement aboli, mais il n'y a pas perception bien nette des sons. Ces convulsions sont suivies de coma, durant un quart d'heure environ. — Au réveil, le malade a une minute ou deux d'égarement. Douleur précordiale persistant pendant quelques heures. Fatigue générale, maux de tête.

Un jour, après une crise, il disparut de son domicile et parcourut pendant plusieurs jours les rues de Lyon en se livrant à une foule d'excentricités qui attirèrent sur lui l'attention de la police. Impossible de donner l'adresse de ses parents. Reconnu par un sapeur-pompier, il fut réclamé par sa famille; mais son état d'excitation continuant toujours, il fut interné pendant un mois à l'asile d'aliénés du Rhône, à Brou. Au bout d'un mois, il revient complètement à lui, est tout étonné de ne pas être dans sa famille, encore plus étonné d'être dans l'asile. Il n'a aucune conscience de ce qui s'est passé depuis sa crise. Il rentre chez lui, a plusieurs crises, assez espacées cependant. Dans l'intervalle de deux accès, il quitte furtivement la maison paternelle, part pour Paris depuis Lyon et s'y rend à pied; là il végète pendant quelque temps, essaie de gagner sa vie... Rentre ensuite chez ses parents à qui il avait demandé avec instance de le rapatrier.

Etat actuel: — B... a l'air d'un jeune homme distingué. Se trouve enchanté d'être dans un asile où il a le ferme espoir de guérir. Il essaie, pendant quelques jours, de se livrer à des travaux de vannerie; peu à peu, son ardeur au travail s'évanouit,

puis il passe ses journées à ne rien faire. Il essaie de se livrer à des travaux manuels peu pénibles, puis après deux jours il les abandonne complètement. Voyant qu'il est incapable de se livrer d'une façon suivie à un travail sérieux, on le laisse complètement libre de ses actions...

Le 20 décembre 1885, il paraît douloureusement impressionné par la mort d'un pensionnaire; il n'a pas de crise, mais a des malaises, des battements de cœur, puis il reprend son train de vie ordinaire. Voyant qu'il n'a pas de crises, il pense à retourner à Lyon auprès de ses parents. Il s'en ouvre à ceux-ci qui l'engagent à rester encore quelque temps à l'asile. Il consent à rester quelques mois; puis, ce temps écoulé, il écrit à sa sœur une longue lettre, dans un style exalté et tout à fait mystique, et il prie, il supplie qu'on le laisse rentrer dans sa famille. Cette lettre reste sans réponse. Alors il devient sombre, peu communicatif et, le 21 février, à 7 h. et demie du soir, il s'évade de l'asile en emportant des vêtements de rechange à peu près neufs. Toutes les recherches dans le but de le retrouver sont inutiles.

Il se dirige à pied sur Bordeaux, passe deux jours dans cette ville, puis repart et prend la route de Paris, toujours à pied, car il n'avait que quelques francs. Cette somme une fois dépensée, il vend ses habits de rechange. Il va ensuite à Angoulême, à Tours, à Orléans où il arrive dans la plus grande détresse et d'où il écrit au directeur de l'asile une lettre de repentir. La direction de l'asile décide de le reprendre et charge une personne amie, d'Orléans, de le rapatrier par chemin de fer. B... rentre à l'asile; grandes protestations de repentir. Quelque temps après, un pensionnaire avec qui il était lié est sur le point de quitter l'asile et de rentrer dans sa famille. Les idées de départ envahissent de nouveau le cerveau de B... Nouvelles lettres à sa famille,

nouveaux refus de la part de celle-ci. Exaspéré, il profite d'un moment où il était seul et non surveillé pour mettre le feu à un tas de paille qui se trouve à proximité d'une grange à bestiaux, d'un grenier à fourrage et des dortoirs de l'asile. L'alerte est aussitôt donnée, et B., impassible, dit en voyant éteindre le feu: « C'est moi qui ai fait le coup; je recommencerai, n'accusez personne. » Il espérait probablement être renvoyé après cet acte; il l'a été, en effet, mais dans un asile d'aliénés où il est actuellement...

Nous sommes donc là, le fait est certain, en présence d'un épileptique conscient de ses actes; nous retrouvons chez lui presque tous les symptômes physiques que nous avons observés chez nos procursifs, et le caractère comitial de son vagabondage ne saurait être discuté.

Et si nous voulons étendre notre manière de voir à la majeure partie des vagabonds, et en particulier, aux paranoïaques ambulatoires, combien peut-on leur trouver de caractères communs au vagabond épileptique, et pourtant, qui oserait affirmer qu'ils n'agissent pas en parfaite conscience?

Sans doute, leur état psychopathique fonctionnel traduit chez eux une déviation particulière des fonctions intellectuelles les plus élevées et n'implique comme chez l'épileptique ni une désorganisation générale, ni une décadence profonde, mais ces fous moraux, trimardeurs, mendiants se refusant à tout travail régulier, sont des impulsifs violents, capables des haines les plus tenaces et ne reculant devant aucun acte cri-

minel. — L'épileptique comme le paranoïaque plus ou moins tarés dans leur hérédité, légataires universels du vice et de la misère, parcourent tous les pays, « heureux de respirer le grand air sur de longues routes, ne regrettant jamais la ville qu'ils viennent de quitter, n'éprouvant jamais de fatigue, ne se plaignant jamais de leur sort. » Dès lors, pourquoi tous les deux dans leur dignité, ne pourraient-ils pas raisonner, fiers, dédaigneux comme le *Chemineau* de Richepin :

(1) « *... J'ai pour premier principe*
De m'aller promener, libre, le nez au vent,
Quand il m'en prend envie, et ça me prend souvent. —
J'ai pour second principe, et n'en veux pas démordre
D'envoyer promener quand on me donne un ordre. —
Autrement dit je suis un mauvais garnement,
Roulant en vagabond la grand'route, et l'aimant,
Travaillant pour manger, tout juste, et qui préfère
Quand c'est son goût, ne rien manger, mais ne rien faire. »

(1) *Le Chemineau.* Acte I, scène VI. J. Richepin.

CHAPITRE VII

LA PROCURSION AU POINT DE VUE PSYCHIQUE

Au Congrès des Médecins aliénistes et neurologistes de Bordeaux 1895, M. Pitres disait en parlant des épileptiques procursifs : « Durant ces accès, ils se meuvent comme de véritables automates, ne répondant pas aux questions qu'on leur pose, insensibles aux excitations extérieures, inconscients de ce qui se passe autour d'eux. Ils ne conservent ultérieurement aucun souvenir de la déambulation impulsive », et plus loin il ajoute : « On a décrit également, sous le nom *d'automatisme ambulatoire épileptique*, des cas dans lesquels les malades, sans avoir jamais eu de convulsions ou de vertiges franchement comitiaux, exécutent des fugues prolongées tout à fait semblables à celles qui s'observent chez les neurasthéniques et les hystériques. Mais rien ne prouve d'une façon positive que,

dans les cas de ce genre, l'épilepsie doive être mise en cause. »

Nous accordons à M. Pitres qu'il donne dans sa description les caractères les moins discutables de l'accès procursif avéré : celui qui se manifeste par un acte automatique pur, c'est-à-dire inconscient. Mais, par les nombreuses observations que nous avons citées, nous n'avons pas les mêmes raisons de croire que la procursion comitiale soit un acte morbide aussi fixe et aussi constant dans ses forme et manière d'être.

Déjà Delasiauve, dans son *Traité de l'Epilepsie*, sacrifiait sans doute aux idées courantes, lorsqu'il disait : « Les malades peuvent conserver un vague souvenir des signes prodromiques qui souvent devancent le paroxysme, mais rien de ce qui se passe dans le fort de la crise autour d'eux, n'arrive à leur esprit ni à leur conscience. »

D'autres auteurs, Axenfeld et Huchard disent également : « Il existe quelques faits rares où la conscience est en partie conservée », et plus près de nous, Magnan professe : « C'est l'inconscience absolue dans la *majorité* des cas. » Mais tous, jusqu'à Ducosté, n'ont parlé de cette conservation de la conscience que d'une façon toute incidente et sans y attacher grande importance. Il faut arriver à cet auteur pour voir rejeter les caractères considérés comme constants des impulsions épileptiques : *l'inconscience* et *l'amnésie*.

Sans doute de notre côté, nous avons cité des cas où l'inconscience est manifeste comme dans quelques mouvements procursifs de courte durée, ou dans cer-

tains accès de procursion, ceux de Cuv.. par exemple (obs. XIV), mais la plupart du temps, nous voyons nos malades assister au début de leur crise, se sentir envahir peu à peu par l'accès et se rappeler au réveil certains actes de leur fugue.

Or, pour qu'une vague lueur estampe les souvenirs les plus saillants, on ne peut pas dire que c'est la noire inconscience dans leur esprit, mais bien l'état « crépusculaire » ainsi qu'on l'a justement dénommé. Le malade n'est plus un automate, c'est un subconscient.

Et nous dirons avec Féré: « Après tout, l'inconscience n'est pas un phénomène nettement déterminé; lorsqu'on nous dit qu'un épileptique est inconscient de ses actes, on veut seulement dire qu'il n'en conserve aucun souvenir, quand il les a accomplis. Or l'absence de souvenir ne prouve pas du tout que l'acte oublié a été inconscient. »

Féré remarque aussi qu'en mettant l'épileptique sur la voie, on peut lui faire retrouver parfois la suite de ses souvenirs: « Il ne faut pas croire, dit-il, que l'épileptique n'ait jamais aucune connaissance de ses faits et gestes pendant l'accès. » A considérer les phénomènes complexes observés chez nos malades, il est impossible d'admettre l'inconscience dans des actes tant soit peu compliqués ou prolongés.

Du reste, l'Observation de V.... (obs. XVII) nous en offre une preuve manifeste; la malade retrace après sa fugue toutes ses impressions; pour en conserver un souvenir aussi exact, on ne saurait contester qu'à ce

moment la malade est parfaitement consciente.

Une autre preuve que l'épileptique peut parfaitement percevoir ses actes, est encore tirée du vagabondage, qui, de l'avis de tous les auteurs, est tout à fait conscient. Car, si, malgré tout, on ne voulait reconnaître à la fugue épileptique cette particularité d'être consciente à certains moments, il n'y aurait aucune raison d'admettre que le vagabondage ou fugue chronique, fût, lui seul, un phénomène conscient.

Nous ne voulons certes pas entreprendre de réhabiliter l'épileptique, car des exemples quotidiens nous montrent plutôt que chaque jour il fait un nouveau pas vers la démence.

Cependant on ne peut nier que certains épileptiques furent des hommes de haute envergure. M. Gelineau nous en rapporte des exemples fameux.

Dans les moments de concentration où Socrate restait immobile, écoutant la voix de ce qu'il appelait son « génie familier », ne reconnaît-on pas les caractères de l'absence comitiale?

L'histoire nous rapporte encore qu'à l'époque où César commandait les armées, « il avait été atteint à deux reprises différentes, d'attaques épileptiques, une première fois en Espagne, une seconde fois en Afrique au milieu de la mêlée. Il était jeune alors et porté à s'enivrer, car plus d'une fois, ses soldats transportèrent à sa maison, sur leurs épaules, leur chef ivre-mort. Plus tard, il se corrigea de ce défaut, mais il n'en resta pas moins sujet à de fréquents vertiges. On sait que ce qui mit le comble à l'indignation du Sénat

et du peuple romain contre César, c'est qu'au moment où le Sénat venait de lui confier de nouveaux honneurs, il ne daigna même pas se lever, ni répondre. La cause de cette impolitesse était que justement, lors de son introduction, César avait été atteint d'un de ses vertiges coutumiers qui ne lui permettaient pas de se rendre compte de ce qui se passait autour de lui. Revenu à lui et apprenant ce qui s'était passé, il voulut déchirer sa tunique et il essaya de se justifier auprès du Sénat en accusant sa maladie d'être la cause de ces vertiges qui, dit Plutarque, « ôtent à ceux qui en sont attaqués, l'usage de leurs sens, surtout lorsqu'ils parlent debout devant une grande assemblée. »

Mahomet, le fondateur de l'Islamisme, fut, lui aussi, un comitial avéré. « Doué d'une rare intelligence, vivant au milieu de tribus à demi-sauvages et aspirant à jouer un grand rôle dans le monde, il eut d'abord des visions extatiques à l'exemple de beaucoup d'Orientaux et se plaisait à vivre dans les méditations, les contemplations et les rêveries. Mais, après 20 années de surmenage cérébral, de luttes contre ceux qui ne voulaient pas voir en lui ce qu'il pensait être : un envoyé de Dieu, il surexcita ses cellules cérébrales à un tel point qu'il eut des attaques d'épilepsie. Pendant ses accès, quand le mal le terrassait et le jetait par terre, sa femme favorite avait aussitôt le soin de le cacher à tous les yeux, en disant qu'à ce moment-là, Mahomet était en communication avec Allah, recevait ses ordres directement et perdait ensuite connaissance, aveuglé et ébloui par l'éclat de la majesté divine.

Un des plus brillants successeurs de Mahomet, Amurat, petit-fils de Soliman II, fut également épileptique.

Plus près de nous, Richelieu, Newton, Pierre le Grand, présentèrent aussi cette alliance du génie et de l'épilepsie. Des hommes de lettres, Pascal, Schiller, Gustave Flaubert, furent encore atteints de mal comitial; enfin, Molière et La Malibran lui payèrent également leur tribut.

Pour nous résumer, nous dirons donc que l'épilepsie n'implique pas forcément l'idée d'inconscience, et que certains faits nous permettent même de croire qu'elle est compatible avec tous les états psychiques depuis la démence jusqu'au génie.

TROISIÈME PARTIE

CHAPITRE I

DIAGNOSTIC

Dans la plupart des cas de procursion épileptique, ou bien ce qui est accompli se passe dans un court espace de temps, de sorte qu'on peut considérer l'impulsion ambulatoire comme l'équivalent physique d'un accès convulsif ordinaire, ou bien le phénomène se prolonge pendant des jours et des semaines, et sa nature comitiale est plus facilement méconnue.

Dans le premier cas, lorsque le malade fait une chute, se mord la langue ou perd ses urines, quand, de plus, il s'arrête fatigué, harassé, le diagnostic ne permet aucun doute; mais dans le second, il offre plus de difficulté; nous n'avons plus là un accès typique, à tel point même, que certains auteurs ne veulent pas le considérer comme d'origine épileptique.

« L'épilepsie, disait Trousseau, est la maladie que l'on méconnaît le plus souvent. Si la grande attaque est facile à diagnostiquer, il n'en est pas de même des accès d'épilepsie larvée ».

Or, nous pensons que la fugue comitiale est un accès incomplet où le malade est plus troublé dans son activité psychique que dans ses phénomènes physiques.

« Quand on se trouve en présence d'un malade ayant fait une fugue, il y a deux façons, dit Cottu, d'arriver à établir le diagnostic précis de la névrose: d'abord, étudier la fugue elle-même, les conditions dans lesquelles elle a été accomplie et les caractères qu'elle présente; ensuite en examinant le malade lui-même et recherchant chez lui les symptômes d'une des principales affections capables de provoquer les fugues: épilepsie, dégénérescence mentale, démence précoce, paralysie générale, alcoolisme, etc.. »

L'aura initiale avec ses nombreuses variétés, le cri souvent unique proféré au début de la crise, la soudaineté de l'attaque, les morsures récentes ou anciennes de la langue sont en faveur de l'épilepsie. Si donc dans ces conditions, un malade vient à faire une fugue, et si suivant la définition de M. le Professeur Raymond, cet acte est impulsif, coordonné et suivi d'amnésie, nous n'hésiterons pas à porter le diagnostic.

D'autres fois nous aurons à examiner un autre genre de malades sujets à des impulsions intermittentes qui les poussent à des fugues plus ou moins longues. Ces individus quittent tout à coup leurs occupations pour accomplir quelquefois de véritables voyages. Ils

obéissent à la suggestion, au rêve qui les captive. La crise terminée, ils sont fort surpris de se trouver loin de leur domicile; ils ignorent tout ce qui leur est advenu. Ces malades ne sont pas inconscients, mais ils vont, dominés par l'idée fixe qui les poursuit. De plus, la fugue une fois accomplie, ils en ont oublié toutes les péripéties, mais ils sont capables de retrouver la suite de leurs souvenirs, si on les met en état de sommeil hypnotique, c'est-à-dire si on reproduit chez eux cet état second dans lequel ils étaient tout à l'heure.

Là, nous affimerons être en présence d'hystérie, et nous serons sûrs de nous-mêmes pour peu que nous puissions rassembler quelques stigmates physiques: rétrécissement du champ visuel, abolition ou diminution du réflexe pharyngien, zônes hystérogènes, hémianesthésie, etc.;

En général, il est facile de distinguer l'hystérie de l'épilepsie, mais dans certains cas, comme dans celui de M. le Professeur Raymond, (Observation XVIII) il est impossible de séparer les deux névroses, et l'on est obligé de créer le terme d'hystéro-épilepsie.

Les fugues rencontrées au début de la paralysie générale sont également conscientes, mais à une période plus avancée de la maladie, elles perdent ce caractère et l'état du malade suffit seul à nous mettre sur la voie du diagnostic.

Dans certaines intoxications, en particulier par la morphine et l'alcool, les malades cèdent à des hallucinations visuelles ou auditives que d'eux-mêmes, ils dépeignent très bien; par le fait, on ne saurait établir

que ces malades n'agissent pas en parfaite conscience.

Les mêmes phénomènes ambulatoires s'observent également chez les dégénérés mentaux et les déments précoces. Chez les premiers, la fugue se fait sous l'influence d'une impulsion motrice sans motif et sans but avec conservation le plus souvent imparfaite de la mémoire.

En résumé, nous voyons que sur les simples données de la conscience, il est impossible d'établir des limites déterminées entre chaque névrose; et il nous semble logique d'admettre que depuis l'inconscience épileptique et la subconscience de l'hystérie, il y a tous les degrés jusqu'à la conscience parfaite des psycho-névroses.

CHAPITRE II

L'étude clinique de l'épilepsie procursive, au double point de vue des phénomènes physiques et psychiques nous a permis de constater d'une part des mouvements automatiques, d'autre part des actes parfaitement conscients. Et comme l'on constate tous les degrés entre ces deux ordres de phénomène, on est naturellement porté à se demander comment un simple mouvement automatique peut devenir conscient, ou mieux, puisque nos épileptiques ont déjà été des êtres normaux, comment ces phénomènes peuvent devenir inconscients.

A notre avis, on peut admettre que l'automatisme se passe uniquement dans cet être particulier que Virchow appelle l' « être spinal », doué de simples mouvements réflexes, incapable de répondre à des excitations intrinsèques ou extrinsèques, et d'obéir, comme à l'état normal, à une faculté supérieure directrice : la volonté.

Au moment où le corps est foudroyé par une attaque convulsives, il y aurait chez l'épileptique inhibition

des centres du psychisme supérieur et tous les phénomènes physiologiques cesseraient d'être perçus par la conscience. Mais dans la procursion comitiale, un pareil état de choses n'est pas la règle; il existe une coordination spéciale des mouvements qui le plus souvent est incompatible avec l'automatisme pur.

On est donc amené à penser qu'entre ces deux centres psychiques supérieur et inférieur, il y a des points de relai d'une organisation plus ou moins parfaite, que la crise épileptique peut atteindre à des degrès plus ou moins élevés et envahir une zone plus ou moins étendue, suivant les malades et l'intensité de l'accès.

Si nous nous plaçons maintenant à un point de vue général, et si nous cherchons à classer les autres grandes névroses, suivant la perfection de leur état psychique, nous croyons devoir placer l'hystérie, immédiatement au-dessus de l'épilepsie, tout en lui reconnaissant aussi les caractères les plus variés dans sa manière d'être. Enfin après avoir examiné les différents types morbides de toutes les névroses, dans leur état psychique et particulièrement dans leurs phénomènes conscients, on peut dire que depuis l'épilepsie jusqu'aux psychasthénies, la conscience se rencontre dans tous ses degrés depuis son absence totale jusqu'à son intégrité absolue, mais qu'elle est particulièrement atteinte dans l'épilepsie.

CONCLUSIONS

En résumé, d'après l'exposé de ce travail, nous croyons devoir prendre les conclusions suivantes:

I. Comme les phénomènes physiques, les phénomènes psychiques de l'épilepsie procursive sont nombreux et variés. On y remarque en particulier tous les stades depuis l'automatisme pur inconscient, jusqu'à la fugue subconsciente et au vagabondage conscient.

II. L'inconscience constitue un caractère propre, mais non constant de l'épilepsie. Dès lors, il devient difficile d'établir un diagnostic ferme en se basant sur le seul examen de l'état mental du malade.

III. Enfin, si nous nous plaçons au point de vue de M. Ribot qui, de la coordination d'un groupe d'états conscients, subconscients ou inconscients en vue d'une action déterminée, fait l'état de conscience final qu'on appelle la volition (faculté de vouloir), on peut dire qu'à l'instar de l'hystérie et des autres psycho-névroses, l'épilepsie n'est qu'une névrose de la volonté, mais dans sa forme la plus grave et la plus avancée.

Vu : Le Président de la Thèse,
RAYMOND

Vu : Le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer,
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Traités généraux

BALLET : Traité de pathologie mentale.

FÉRÉ : Dégénérescence et criminalité.

GRASSET : Demi-fous et demi-responsables.

P. JANET : Les obsessions et la psychasténie.

BRISSAUD : Leçons sur les Maladies nerveuses.

CHARCOT : Leçons du mardi 1888-1889.

J. JANET : Névroses et idées fixes.

RAYMOND : Clinique des Maladies du système nerveux.

— : Névroses et psycho-névroses.

J.-VOISIN : L'Epilepsie.

RIBOT : Maladies de la Mémoire.

— : Maladies de la volonté.

JOFFROY ET DUPOUY : Fugues et vagabondage.

PITRES et RÈGIS : Les obsessions et les impulsions.

FÉRÉ : Les épilepsies et les épileptiques.

TROUSSEAU : Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu (1868).

P. JANET : The psycholeptic crises. — Boston (1905).

LEGRAND DU SAULLE : Les épileptiques.

GRASSET et RAUZIER : Epilepsie. — in traité de Médecine de Brouardel et Gilbert.

Revues et Journaux

BOURNEVILLE et BRICON : Epilepsie procursive. — *Arch. de Neurol* (1887-88). — Tomes XIII, XIV. XV, XVI.

RAYMOND : Les délires ambulatoires et les fugues. In *Gazette des Hôp.* juillet (1895).

— : Les Névroses. — In *Encéphale* (1907).

GÉLINEAU : Les Epileptiques célèbres. — *Chron. méd.* Paris (1900).

H. CLAUDE : *Encéphale* (1907).

RŒCKE : Désertions et fugues. — *Encéphale* (1907). — Compte rendu des médecins aliénistes et neurologistes de France : Congrès de Bordeaux (1895).

J.-VOISIN : Equivalents psychiques de l'épilepsie. — *Journal de Médecine interne,* Paris (1905).

GLORIEUX : Absences épileptiques. — In *Journal de Neurologie* Paris (1906).

HELLBRONNER : Des fugues ou états analogues. — In *Rev. de Neurol* (1904).

MAIRET : De l'Epilepsie procursive. — In *Rev. de Méd.* (1889).

MARCHAND : Un cas de mal épileptique avec conservation de la conscience. — In *Ann. Med. Chir. du Centre* (1906).

PARAUT : Vagabondage des mineurs. — Nature du délit. — *Encéphale* (1907).

Thèses

GEHIN : Automatisme ambulatoire. — *Th. de Bord.* (1892-93).

LAURENT : Etats seconds. — *Th. de Bord* (1892-93).

TIXIER : Etats épileptiques et états anxieux. — *Th. de Paris* (1904-05).

DELBREIL : De l'Epilepsie procursive. — *Lille* (1889).

COTTU : Fugues. Paris (1908).

DUBOURDIEU : Automatisme ambulatoire : *Bordeaux* (1894).

Imp. de la Librairie A. Michalon, 10, rue de Vaugirard. — Paris